

乳腺外科 問診票

受診日 平成 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T · S · H	年	月 日 (歳)
現住所	〒		
電話番号	自宅もしくは携帯		
職業		身長	cm 体重 kg

1. どのような症状ですか？

- しこりに気付いた ・ 乳房に痛みがあった ・ 乳房に張る感じがした ・ 乳頭から分泌物が出た
乳頭にタダレがある ・ 症状はないが乳がんが心配 ・ 乳がん検診の再調査
その他 (具体的に _____)

2. 血縁の方に乳がん、卵巣がんの方がいますか？ その他のがん (_____)

- いいえ ・ はい 続柄 (_____)

3. 今までに乳房の病気にかかったことはありますか？

- いいえ ・ はい 病名 (_____) 時期 (_____ 頃)

4. 乳がん検診を受けたことがありますか？

- いいえ ・ はい 内容 (_____) 時期 (_____ 頃)

5. 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

- いいえ ・ はい 妊娠 (_____ か月)

6. 出産の経験はございますか？

- いいえ ・ はい (_____ 人)

7. 最終月経日はいつですか？

最後の月経 (昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間)

8. 現在服用中の薬がありますか？

- いいえ ・ はい お薬手帳をお出してください

9. 食物や薬のアレルギーがありますか？

- いいえ ・ はい アレルギー名 (_____)

10. 当院をどのようにお知りになりましたか？

- ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 通りがかり ・ 看板・通院したことがある
その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。