

乳がん検診 問診票

年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T · S · H	年	月 日 (歳)
住所	〒		
電話			
職業	身長	cm	体重 kg

1. 気になる症状はございますか？

ない

ある

しこりに気付いた (右 ・ 左) 乳房に痛みがあった 乳房に張る感じがした 乳頭にタダレがある

乳頭から分泌物が出た (右 ・ 左) 乳がん検診の再調査 乳がん検診のため

その他 (具体的に _____)

2. その症状は、いつからですか？

(_____)

3. 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 (_____)

4. 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)

5. 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)

6. 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)

7. 出産の経験はございますか？

いいえ はい (_____ 人)

8. 最終月経日はいつですか？

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

9. 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

10. 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 (_____)

11. 当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ 家族 ・ 知人の紹介 通りがかり 看板をみて 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。

脳ドック 問診票

受診日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	T · S · H	年	月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号			
職業		身長	cm 体重 kg

1. 自覚症状はございますか？あればいつからでしょうか？

なし

あり (今日・昨日から · 3、4日前 · 1週間ほど前 · 2週間ほど前 · 3週間以上前)

A 頭痛

B めまい

●どのようなめまいですか？

回転性 (天井や壁が回る) · 浮遊感 (ふわふわと浮く感じ) · 吐き気あり · 嘔吐する

●どんな時に？

起床時 · 振り向いたり頭を動かしたとき · 起立時 · じっとして

●めまいの持続時間は？

瞬間的 · 数分間 · 数時間 · 数日 · 数日以上

C 手足がしびれる、または動きが悪い

●部位はどこですか？ (例えば、「右腕」、「左下腿」など) (_____)

D 物忘れ

人の名前が出てこない · 同じことを何度も質問する · 外出して帰宅できない

お金の管理ができない · 火の不始末 · 性格が変わった · ふさぎ込みがち

E その他 (_____)

2. 今までにかかった病気は、ありますか？

高血圧 · 糖尿病 · コレステロールが高い · 脳卒中 · 心疾患 · 呼吸器疾患 · 肝臓病
腎臓病 · ぜんそく · その他 (_____)

3. 手術を受けたことがありますか？

ない · ある 手術名・部位 (_____)

4. 現在、服用している薬はありますか？

ない · ある 薬品名 (_____)

5. お薬で、アレルギーが出たことがありますか？

ない · ある 薬品名 (_____)

6. 女性の方にお聞きます。妊娠・またはその可能性がありますか？

ない · ある

7. 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。