

問診票 (乳腺外科)

記入日 西暦 年 月 日

カルテNo.

ふりがな				性別	男性 ・ 女性
お名前	さま			年齢	満 歳
生年月日	年	月	日	生まれ	
体重	体重			k g	
住所	〒 -				
電話番号	自宅 ( ) - 携帯 ( ) -				

① 今回はどのような症状で来院されましたか？

- しこり    痛み    乳首 (乳頭) 分泌物
- 特に症状はないが、何となく乳癌が心配
- 検診
- その他 ( )

症状のある個所に  
○印をつけてください



※上記の症状はいつ頃からおこっていますか？ ( 左 ・ 右 : ) 頃から)

② 今までに指摘された病気についてお聞かせください。    なし    あり

ありの方は該当項目にチェックをお願いします。

- ぜんそく    高血圧症    狭心症または心筋梗塞    不整脈    糖尿病
- 高脂血症    胃・十二指腸潰瘍    肝臓病    腎臓病    慢性関節リウマチ
- その他 ( )

③ 今現在、服用中の薬はありますか？    なし

※お薬手帳があればご提出下さい。    あり → (薬品名: )

④ 過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー (ショック・じんましん・気分不良等) を起こしたことはありますか？    なし    あり → ( )

⑤ 血縁者で下記の病気になったかたはいらっしゃいますか？

- 乳がんの人がいる    続柄 (祖母・母・姉妹・娘)
- 子宮がんの人がいる    続柄 (祖母・母・姉妹・娘)
- 卵巣がんの人がいる    続柄 (祖母・母・姉妹・娘)
- その他 ( )    続柄 (祖母・母・姉妹・娘)

⑥ 今までに乳がん検診を受けたことがあればご記入ください

- 受けた事がある → ( 年 月頃)
- 受けた内容 (視触診・マンモグラフィー・乳腺エコー)
- 結果について (異常なし・異常あり → )

⑦ 下記の手術・治療を受けたことがある方は該当項目にチェックをお願いします。

- 乳がん手術歴    豊胸手術歴    ペースメーカー
- 脳室・腹腔内シャント    前胸部CVポート    体内への金属埋め込み

⑧ 現在のお体の状態をお教えてください

- 飲酒 (飲まない・飲む→1日 ( ) )
- 喫煙 (吸わない・吸う→1日 本 年間 (以前喫煙されていた方は\_\_\_\_年前から禁煙))
- 出産 ( ) 回、自然流産 ( ) 回、人工流産 ( ) 回
- 一番最近の出産 ( 年 月 )    一番最初の出産 ( ) 歳の時
- 出産後 (母乳のみ・混合・母乳はあげていない)
- 授乳 現在授乳をしているか (いいえ・はい)
- 月経 初潮 ( ) 歳頃・閉経 ( ) 歳頃    一番最近の月経 ( 年 月頃)
- 妊娠の可能性    なし    あり

⑨ 告知は希望されますか？

- する    しない → しない方は誰に告知を希望されますか ( )

★最後に、当院を何でお知りになりましたか？ ※複数回答可

- 以前より知っていた    友人・知人の紹介    ホームページ    駅等の看板
- DAITO TIME    その他 ( )

当院からのお知らせメールなどご希望されますか？

- 希望する・メールアドレス ( @ )    希望しない