

問診票

年 月 日記入

***この問診票は、治療を受けていただく際の大切な情報となります。
わかる範囲で詳しくご記入いただけますようお願い致します。**

*** 検査結果や画像（CD-R）お持ちの方は、問診票と一緒に受付までご提出お願いいたします。**

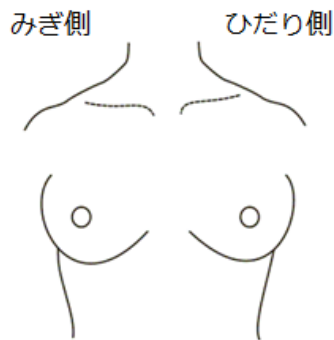
氏名	ふりがな	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
住所	〒	電話番号	自宅（ ）				
			携帯（ ）				

1. 本日来院された目的に✓（チェック）してください。（複数可）

- 検診（乳腺に異常がないかチェックしたい）
- 他院の検診で精密検査を勧められたため（紹介状 有・無）
- 過去に症状があり、定期検診
- 術後の定期検診
- 自覚症状がある
- 自覚症状はない

2. 自覚症状がある方におたずねします。

どこに、どんな症状がありますか？（下の図にかきこんでください。）



その症状にはいつ頃気づきましたか？（ ）頃

下記のうちであてはまるものに✓（チェック）してください。（複数可）

- （ 右・左 ） 乳房にしこりがある
- （ 右・左 ） 乳房に痛みがある
- （ 右・左 ） 乳房に変形がある
- （ 右・左 ） わきにしこりがある
- （ 右・左 ） 乳頭から分泌物がある
- （ 右・左 ） 乳頭のまわりに皮膚のただれがある
- その他（ ）

裏面へつづきます

3. 過去に乳がん検診を受けたことがありますか。

- ある → 4へお進みください
ない → 5へお進みください

4. 一番最近検査を受けたのはいつ頃ですか？

- 視触診 (年 月頃) 異常なし・異常あり ()
マンモグラフィ (年 月頃) 異常なし・異常あり ()
エコー検査 (年 月頃) 異常なし・異常あり ()

5. 過去にかかった病気や手術についてご記入ください。

- 乳腺の病気 (歳) (病名) ()
乳房の手術 (歳) (病名) ()
婦人科の病気 (歳) (病名) ()
ホルモン治療 更年期障害・ピル・その他 ()
豊胸手術 バッグ挿入・その他 ()
その他 (歳) (病名) ()

6. 現在治療中の病気、飲んでいるお薬があればご記入ください。

()

7. 血縁者に乳がん又は他のがんにかかった方はいらっしゃいますか？

- いない・いる → (続柄) (病名) ()

8. タバコは吸いますか？

- いいえ・はい → (本/日 年間)

9. お酒は飲みますか？

- いいえ・はい → (本/ 毎日・たまに)

10. お薬・食べ物・花粉等アレルギーの病気はありますか？

- いいえ・はい → ()

11. 妊娠していますか？

- していない・可能性がある・している (妊娠 週目)

12. 過去の妊娠について

- 妊娠 (回) 出産 (回) 初産年齢 (歳)
授乳歴 (合計 月) (母乳・混合・現在授乳中)

13. 月経について

- 初潮 (歳) 閉経 (歳)

14. 当院を受診したきっかけを教えてください。

- 紹介 ()・HP・看板・その他 ()

ご記入ありがとうございました。