

# 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。**

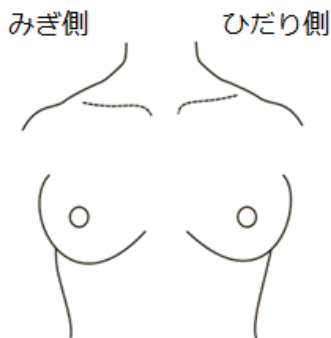
氏名	ふりがな	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	歳
住所	〒	電話番号	自宅（ ）				
			携帯（ ）				

## 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 か月) ( 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 ( )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に務めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。  
◆マイナ保険証による診療情報取得について 同意します 同意しません

ご記入ありがとうございました。