

問診票

名前 (フリガナ) _____ (_____) 性別 女・男

生年月日 昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳

住所 〒 _____

電話 自宅 _____ / 携帯 _____

*他院からの手紙・資料・薬手帳をお持ちの方は受付で提出してください

質問

(当てはまる項目に○をつけてください)

1) 本日はどのようなことで来院されましたか？

・症状

痛み・しこり・張り・腫れ(炎症)・乳頭分泌(白・黄色・赤・無色)

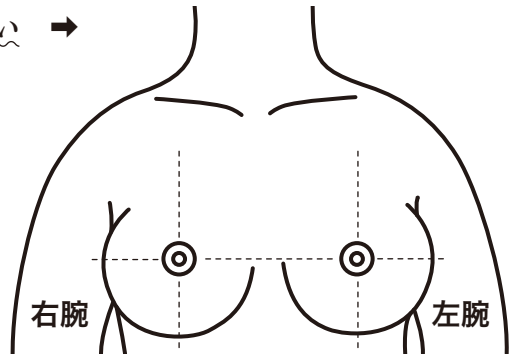
その他(_____)

*左の図で症状の場所に○をつけてください →

- ・術後経過観察(乳がん・乳がん以外)
- ・他院検診で所見あり。精査目的

2) 上記症状はいつごろからですか？

(_____ 頃から)



3) 前回の検診はいつ頃ですか？

・なし(初) / ・あり(_____ 頃) → 結果 _____

4) 乳腺疾患にかかったことがありますか？

・乳腺症 ・乳腺腫瘍(良性) ・乳がん ・乳腺炎 ・その他(_____) ・無

5) 血縁者で乳がん・卵巣がんの方はいますか？

・母 ・姉妹 ・その他(_____) ・無

★2枚目もあります

6) 下記に当てはまるものがありますか？ (必ずご記入ください)

- ・妊娠の可能性あり(妊娠中) ・授乳中 ・ペースメーカー ・静脈内ポート
- ・豊胸術(バッグ挿入・ヒアルロン酸・その他) ・再建手術後(自家/インプラント)

7) 下記にご記入ください

- ・過去の病気 (_____)

- ・お薬、食べ物、アルコール等でのアレルギーの 有・無

有の場合の内容 _____

- ・過去の妊娠・出産 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 (最終 _____ 頃)

- ・月経(順調・不順) 初潮 _____ 歳 最終月経 _____ 月 _____ 日
閉経 _____ 歳

★ 現在通院中の病気の有無、内服中の薬の有無・種類(ホルモン剤)がある場合はご記入ください

有の場合の内容 _____

ご記載ありがとうございます

記載後、受付にお戻しく下さい



さっぽろ円山乳腺クリニック

Sapporo Maruyama Breast Clinic