



さっぽろ円山乳腺クリニック 診療問診票



来院日 令和 年 月 日

(フリガナ)

お名前

性別 男・女

電話 (自宅)

生年月日

昭・平

年

月

日

(歳)

電話 (携帯)

住所 〒

—

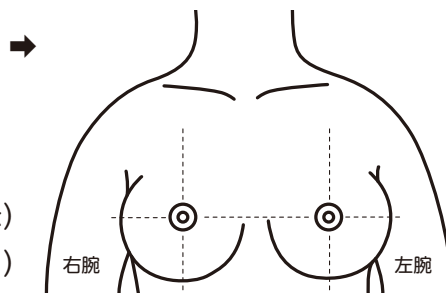
〈 下記の質問に お分かりの範囲で回答し チェック☑ や○を付けてください。〉

1) 本日はどのようなことで来院されましたか？

- 過去に症状や病変があり、定期検査のため
- 現在症状があり、検査を希望
- 他院の検診で乳房に異常を指摘され、精密検査を勧められた
- 術後の定期検査
- 全く症状はない (検診・無料クーポンなど)

2) 症状のある方は、下記の中で当てはまるものに ○を付けて、右の図に場所を記入してください。

- 痛み・しこり・張り・違和感・かゆみ・腫れ (炎症)
- 皮膚の異常 ・乳頭分泌 (無色・白・黄色・褐色・赤)
- その他 ()



上記症状はいつごろからですか？ (頃から)

3) 今まで乳房の検査を受けたことはありますか？

- なし
- あり ~ 当院
- 他院 最終検査時期 年 月頃
- 内容 (マンモグラフィ・エコー・細胞診・組織検査)
- 検査結果

4) 過去に乳腺の異常を指摘されたことがあれば、下記に○を付けてください。

- ・なし・乳腺症・乳腺腫瘍 (良性)・乳がん・乳腺炎・石灰化
- ・その他 ()

5) 血縁者で 乳がん または 卵巣がん の方はいますか？

- ・いない ・母 ・姉/妹 ・祖母 ・その他 ()

【裏面に続きます】

6) 下記に当てはまるものはありますか？あれば○を付けてください。

- ・授乳中（ 年 ヶ月） ・体内埋め込み ペースメーカー／静脈内ポート／その他
- ・豊胸術（バック挿入・ヒアルロン酸・脂肪注入・その他）
- ・乳房再建手術後（自家組織／人工物）

7) 婦人科治療中の方 疾患名 _____
(ホルモン剤など)

投薬内容・期間 _____

8) 下記にご記入ください。

妊娠の可能性（あり・なし） 妊娠中（ 週）

・過去の妊娠・出産 妊娠 回 出産 回 _____

・月経（順調・不順・なし）

初潮 歳 最終月経 月 日 ~ _____

閉経 歳 _____

9) 現在 治療中の病気・投薬内容や過去の病気をご記入ください。

10) アレルギー ・なし ・あり 内容 _____

【よろしければ、下記にお答えいただけますか】 ◆ ご協力ありがとうございます ◆



11) 当クリニックを受診していただいたきっかけを教えてください。

- ・ホームページをみて
- ・雑誌／フリーペーパーなど
- ・地下鉄の張り出しや看板で知った
- ・お住まいが近所で知っていた
- ・親類や知人のかたの紹介で知った
- ・以前 佐藤院長に受診していた
- ・他医療施設からの紹介（ _____)
- ・その他（ _____)

12) 本日の来院手段を教えてください。

- ・車（自家用車 / タクシー） ・徒歩 ・地下鉄 ・バス ・自転車
- ・JR ・その他（ _____)

記載後、受付にお戻しく下さい