

問診表

記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ
氏名: _____

性別: _____

職業: _____

生年月日: _____ (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢: _____ 歳

住所: 〒 _____ 電話番号: _____

※当院では診察結果により緊急検査・処置が必要となる場合があります。緊急連絡先の記入をお願いいたします。

緊急連絡先: 氏名: _____ 続柄: _____ 電話番号: _____

受診目的	・乳房のしこり: なし あり (右 or 左 :いつから⇒ _____) 月経時・平常時 ・乳房の痛み: なし あり (右 or 左 :いつから⇒ _____) 月経時・平常時 ・乳頭分泌物: なし あり (右 or 左 :いつから⇒ _____) 月経時・平常時 性状: (透明・白色・黄色・血性 _____) その他 _____) ・その他の症状⇒(_____) ・検診で要検査となった: 検診時期(_____ 年 _____ 月) 検査結果持参 (あり・なし)
検診歴	・乳がんの検診を受けたことはありますか? あり なし 検診時期 マンモグラフィ _____ 年 _____ 月 エコー: _____ 年 _____ 月
病歴	・乳腺疾患: なし あり ありの場合⇒右・左 乳腺炎・乳腺症・良性のしこり・膿瘍・がん その他 (_____) ・婦人科疾患: なし あり ありの場合⇒子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮頸がん・子宮体がん その他 (_____) ホルモン療法の有無: なし あり (ピルやミレーナも含む) ありの場合⇒種類: (_____) _____ 年 _____ 月～ _____ 年 _____ 月まで・継続中 ・既往歴、現病歴: なし あり ありの場合⇒高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃十二指腸潰瘍 骨粗鬆症・脳梗塞 その他 (_____)
内服	・現在、内服中のお薬、サプリメントはありますか? (_____)
月経 妊娠	・最終月経: (_____ 月 _____ 日 ~ _____ 順・不順) 閉経: (_____ 歳時) ・妊娠中、妊娠の可能性が あり なし
出産	出産 (_____) 回 ・授乳期間 (_____) ヶ月 ・授乳中 (はい・いいえ) 断乳後6か月以内 (はい・いいえ)
家族歴	・ご家族や血縁関係で乳がん・卵巣がんの診断・治療を受けられた方はいらっしゃいますか? いない・不明・いる いるの場合⇒母・姉・妹・娘・祖母・叔母・他(_____) ・ご家族や血縁関係でその他のがんの診断・治療を受けた方はいらっしゃいますか? いない・不明・いる いるの場合⇒がんの種類 (_____) 続柄(_____)
アレルギー	・今までに薬や食べ物、花粉、動物、ハウスダストなどでアレルギーが出たことはありますか? なし あり⇒(_____)
喫煙	現在 喫煙していますか? または過去に喫煙していたことがありますか? はい いいえ 1日(_____)本 (_____)年間
飲酒	全く飲まない ・ ほとんど飲まない ・ 時々 ・ 毎日 大体の飲酒量(_____) お酒の種類(_____)
その他	アルコール消毒で皮膚がかぶれたことがある はい いいえ 白血病などの血液疾患にかかったことがある はい いいえ 骨髄移植を受けたことがある(ドナーも含む) はい いいえ 歯科麻酔や病院の麻酔で気分が悪くなったことがある はい いいえ
安全のために	・豊胸術、乳房再建術後 なし あり ・VPシャント留置、心臓ペースメーカー・ICD埋め込み なし あり ・マンモグラフィ検査時に気分が悪くなったことがある なし あり

※紹介状・検査データ・CD-Rなどをお持ちの方は、受付に提出していただくようお願いいたします。