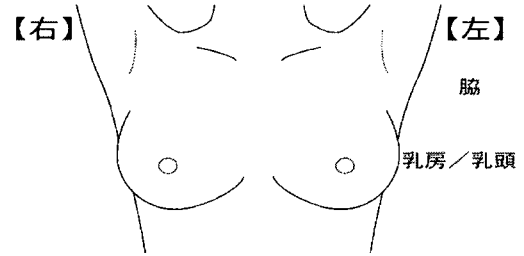


問 診 票

ふりがな	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日
氏名	女・男	携帯電話			
		自宅電話			
住所 〒					

以下当てはまる項目にレ点や○を記入してください。



- 1 本日はどのようなことで来院されましたか？
- 検診（マンモグラフィ・超音波）
- 他院や会社の検診などで異常があった
- 他院で経過観察していたが今後の検査を当院で希望したい
- 症状がある（いつ頃から： _____ / 部位： 上の図に○で囲って下さい）
 詳しい症状について： しこり・痛み・乳頭分泌・皮膚のひきつれ・その他（ _____ ）
- 2 大きな病気や治療、乳房再建術を受けたことはありますか？
- いいえ 再建術（左 / 右） はい 内容： _____
- 3 現在服用中のお薬はありますか？
- いいえ はい 薬品名： _____
- 4 アレルギーはありますか？（食べ物、花粉、薬剤、毛染めなど）
- いいえ はい 種類や症状： _____
- 5 血縁者の方で乳癌や卵巣癌にかかった方はいますか？
- いいえ はい（母 / 姉妹 / 従姉妹 / 叔母 / 祖母）
- 6 今までに乳房の検査を受けたことはありますか？
- いいえ はい 検査項目：マンモグラフィ・超音波 / いつ頃： _____
- 7 今までに乳房の精密検査（針生検やMRIなど）を受けたことがありますか？
- いいえ はい 検査内容： _____ / いつ頃： _____
- 8 ペースメーカーやシャントは挿入されていますか？
- いいえ はい 内容： _____
- 9 豊胸手術をされていますか？
- いいえ はい 術式： _____
- 10 ホルモン補充療法を受けたことはありますか？
- いいえ はい
- 11 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？
- いいえ 不妊治療中 はい → 妊娠 _____ 週
- ◆ 妊娠歴について 妊娠回数： _____ 回 / 出産回数： _____ 回
- 12 最終月経はいつですか？
- _____ 年 _____ 月 _____ 日（順調・不順） 閉経（自然・人工） _____ 歳頃
- 13 現在授乳中ですか？ いいえ はい
- 14 タバコは吸いますか？ いいえ はい → 機会喫煙・1日 _____ 本
- 15 アルコールは飲みますか？ いいえ はい → 機会飲酒・1回量 _____ ml
- 16 当院を知ったきっかけはなんですか？
 近所 紹介（ _____ ） 広告（茗荷谷・後楽園・バス車内・電柱）ホームページ（検索ワード： _____ ）