

【 乳腺科問診票 】

受診日： 年 月 日			
フリガナ		生年月日	
氏名		M・T・S・H	
		年 月 日生（満 歳）	
〒	—	【住所】	
電話番号		()	
来院目的		当てはまるものすべてにチェックしてください。（複数可）	
<input type="checkbox"/> 自覚症状がある（ <input type="checkbox"/> ミギ <input type="checkbox"/> ヒダリ <input type="checkbox"/> 両側 ）		<input type="checkbox"/> 自覚症状なし	
自覚症状有の場合： <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 乳頭分泌物 <input type="checkbox"/> その他（)			
<input type="checkbox"/> 検診で異常を指摘された：受けた検査⇒ <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査（エコー） <input type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> その他			
		病名または記載されている所見（)	
他院で乳がん（疑い）と <input type="checkbox"/> 伝えられた <input type="checkbox"/> 伝えられていない			
他院で既に乳がんの治療を <input type="checkbox"/> 受けた（ <input type="checkbox"/> 定期検査を受けたい <input type="checkbox"/> 処方継続の希望） <input type="checkbox"/> 受けていない			
乳房の手術歴		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： <input type="checkbox"/> 乳がん手術 <input type="checkbox"/> 乳腺（良性）手術 <input type="checkbox"/> その他	
これまでの乳腺診察・乳癌検診歴		今回の受診きっかけ前について記載してください。	
		<input type="checkbox"/> これまで受けたことがない（今回初めて受けた）	
		<input type="checkbox"/> 受けたことがある：一番最近の受診時期（ 年 月）頃	
		受けた検査： <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査（エコー） <input type="checkbox"/> その他	
		<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 所見あり：病名（)	
上記以外のこれまでの経過を詳しく記載してください			
ご自身のことについてお尋ねします。覚えている範囲内で記載してください。			
既往歴など		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： 高血圧 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 骨粗しょう症 ・ 緑内障 ・ その他（)	
		<input type="checkbox"/> アレルギー： <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 局所麻酔 <input type="checkbox"/> 痛み止め <input type="checkbox"/> その他（)	
乳房以外の手術歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：内容と時期（)	
月経		生理： <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経（ 歳） <input type="checkbox"/> 人工閉経（ 歳）	
妊娠・出産		妊娠： 回 出産： 回	
		<input type="checkbox"/> 現在妊娠中： ヶ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり	
授乳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 現在、授乳中 <input type="checkbox"/> 断乳後6か月以内	
ホルモン補充療法歴		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（期間：)	
豊胸術		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※注入式のものもご記入ください	
ペースメーカー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
脳疾患によるシャント等の管の挿入		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚（ <input type="checkbox"/> パートナーがいる <input type="checkbox"/> いない）		<input type="checkbox"/> 離婚（ <input type="checkbox"/> パートナーがいる <input type="checkbox"/> いない） <input type="checkbox"/> 死別	
内服薬・サプリメント		現在内服中のものはすべて記載、またはお薬手帳を提出してください。	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
家族歴		血がつながったご家族について発症年齢もわかる範囲でご記入ください。例：母（40代）	
乳がん：		<input type="checkbox"/> 母（) <input type="checkbox"/> 姉妹（) <input type="checkbox"/> 祖母（) <input type="checkbox"/> 叔母（) <input type="checkbox"/> その他	
卵巣がん：		<input type="checkbox"/> 母（) <input type="checkbox"/> 姉妹（) <input type="checkbox"/> 祖母（) <input type="checkbox"/> 叔母（) <input type="checkbox"/> その他	
前立腺がん：		<input type="checkbox"/> 父（) <input type="checkbox"/> 兄弟（) <input type="checkbox"/> 祖父（) <input type="checkbox"/> 叔父（) <input type="checkbox"/> その他	
その他のがん			
当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください			
<input type="checkbox"/> インターネット（ホームページ・その他の情報サイト） <input type="checkbox"/> 知人、親戚のお勧め <input type="checkbox"/> 駅看板、電柱広告			
<input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> 他院からの紹介（病院名) <input type="checkbox"/> その他()			

こちらの記入内容は、当院で治療を受ける際とても大切な情報となります。紹介状の内容に関わらず、詳しくご記載ください。