

外来問診票

年 月 日

以下は診療に必要な事項ですので、ご協力ください。

なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用します。

ふりがな		男 女	年	月	日生
お名前			歳		
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			

身長 _____ cm 体重 _____ Kg

1. 今日どのようなことで来院されましたか？

- () 乳腺ドック～症状はないが気になるので検査を受けたい・他院で定期的に検査を受けていたが変更したい
- () 検診・人間ドックで異常を指摘された→結果報告書をお持ちであれば受付にお出し下さい
- () 症状がある（具体的に： _____)

2. 以下の症状の有無を教えてください

- ① 乳房の痛み ない ・ ある (ふだん・生理前) (右 ・ 左)
- ② 乳房のしこり ない ・ ある (いつから _____) (右 ・ 左)
- ③ 乳頭(乳首)の分泌 ない ・ ある (いつから _____) (右 ・ 左)

3. 乳がん検診を受けたことはありますか？

ない ・ ある (最後に受けたのは _____ 年 月頃)

検査内容は 視触診 ・ マンモグラフィ ・ 超音波検査

4. あなたの血縁者ががんにかかった人はいますか？(特に乳がん・卵巣がん)

いない ・ いる (続柄と病名； _____ 、 _____)

5. 妊娠・出産について

- ① 妊娠回数 () 回 そのうち出産 () 回 流・死産 () 回
- ② 最終出産年齢 () 歳

6. 授乳について

- ① 授乳中ですか？ はい ・ いいえ

7. 現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか？

はい ・ いいえ

8. 月経・閉経について

- ① 最終月経 年 月 日
- ② 閉経 () 歳

9. 今までにかかった病気や受けた治療はありますか？

乳腺の病気； 乳腺症 ・ 線維腺腫 ・ 乳腺炎 ・ 乳がん その他
 婦人科系の病気； 子宮筋腫 子宮がん・卵巣がん その他のがん；
 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症 心筋梗塞 気管支喘息 その他 ()

10. 当院を何でお知りになりましたか？

ご近所 ホームページ インターネット 広告 ご紹介 その他 ()

目白乳腺クリニック