

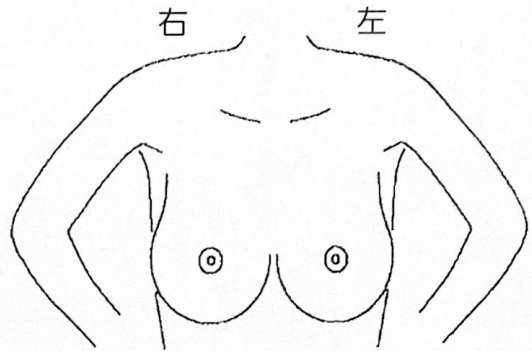
問 診 票

名前 _____ 生年月日： 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

1 本日来院された症状についてお伺いします。

1) どのような症状ですか？ (図に記入して下さい)

- しこりがある
- 乳頭から分泌物が出る
- 乳房に痛み、違和感がある
- 健康診断で何らかの症状、または要精密検査
- 特に症状はないが検診を希望
- その他 (_____)



2) 上記の症状はいつ頃からありますか？ (_____)

2 今まで乳房の検査・検診を受けたことがありますか？

- ない ある ・それはいつ頃ですか？ _____ 年 _____ 月頃 マンモグラフィ MMG ・ 超音波 US
- ⇒結果は？ 異常なし 要経過観察 要精査 (病名 _____)

3 これまでの病気について

- 1) 乳腺の病気 ない ある (病名 _____) (_____ 歳)
- 2) その他の病気 ない ある (病名 _____) (_____ 歳)
- 3) 豊胸術を受けたことがありますか？ ない ある

4 月経の状況について 閉経前 閉経後 (_____ 歳)

5 妊娠・出産・授乳について

- 1) 現在妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい 現在妊娠中
- 2) 妊娠歴はありますか？ いいえ はい (妊娠 _____ 回、出産 _____ 回)
- 3) 授乳歴はありますか？ いいえ はい 現在授乳中

6 ご家族、血縁の方に乳がん・卵巣がんにかかられた方はいますか？ いいえ はい (続柄 _____)

7 お薬についてお伺いします。

- 1) 現在婦人科から処方されているお薬はありますか？ いいえ はい (薬名 _____)
- 2) 更年期障害によるホルモン補充療法を受けたことがありますか？ いいえ はい (薬名 _____)

8 当クリニックを何でお知りになりましたか？

- 検索エンジン(Google・yahoo など)から当院ホームページ
- 病院検索サイト 【 病院ナビ EPARK その他： _____ 】
- 知人の紹介 当ビル壁面の看板
- 他院からの紹介 (施設名： _____) その他 (_____)