

予約（無・有 → : ）

乳腺外科問診票

受診日：

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女		年 月 日 歳
住所	〒	TEL	
		携帯番号	

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。（詳細は診察室でお話下さい。）

いつ頃からですか。 頃から

どのような症状ですか。

- しこりがある（右・左） 乳房に痛みがある（右・左）
 乳房が張る（右・左） 乳頭から分泌物が出る（右・左）
 乳がん検診の再検査（右・左） その他（ ）

2.血縁者で乳がんまたはそれ以外のがんにかかった方は記入してください。

続柄： 病名

3.今までに薬剤でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

 いいえ はい → 薬剤名： 症状：

4.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

 いいえ はい → :

●現在服用中のお薬がある方は医師へお話し下さい。
お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

5. 下記に当てはまるものがありましたらチェックをつけて下さい。

- 授乳中、妊娠中もしくはその可能性がある → 検査の有用性が低く、検査を行えない場合がございます
 豊胸手術を受けたことがある
 VPシャントやポートなど人工物を挿入している ペースメーカーを挿入している

6. 女性の方のみお答え下さい。

- ピルの服用歴はありますか いいえ はい
ホルモン療法を受けたことがありますか いいえ はい
出産歴はありますか なし あり（初産年齢 歳）
最近の月経 月 日より 日間 / 順・不順 閉経
乳がん検診もしくはマンモグラフィーを受けたことがありますか。 なし あり

7.（当院が初めての方にお聞きします）

当院をどのようにしてお知りになりましたか。

- 1) 紹介（ 知人 医療機関） 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ 5) ぱど 6) ちいき新聞
7) 看板 8) 手配りチラシ 9) その他（ ）

下記の検査や治療についてご要望がございましたら、欄にチェックして下さい。

- マンモグラフィー：X線を照射し、石灰化・腫瘍の有無を調べます
 乳房エコー：超音波をあて、腫瘍の有無を調べます

上記内容は医師の診断の元に行う治療行為となります。患者様の病態によってはご希望に添えない場合もございますのでご了承ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。