ID:

問診票

フリガナ
氏名　　様（男・女）　生年月日　　年（S・H　　年）　月　　日　　歳

住所：〒

当日連絡可能な電話番号：

◎乳房について、当てはまる症状にチェックを入れて下さい

☐ 症状ない（検査目的）　☐ 健康診断等で異常を指摘された

☐（右・左）しこりがある　☐（右・左）痛みがある　（時々・常に）

☐（右・左）乳頭から分泌物がある（乳汁様・血性・透明）

☐（右・左）張る感じがある　（時々・常に）

☐ その他（　　）

◎症状はいつからですか？　不明　/　年　月　日頃から

◎乳がん検診を受けたことがありますか？　☐ いいえ　☐ はい　（最終　年　月頃）

マンモグラフィ・超音波（エコー）　結果（異常なし・あり）

◎現在、妊娠もしくは妊娠の可能性はありますか？　☐ ない　☐ ある　（予定日　　）

＊最終月経（　月　日から　日間）　＊閉経（　歳）

＊妊娠（　回）　出産（　回）　＊授乳歴（母乳・人工乳・混合）

＊現在、授乳中ですか？　☐ いいえ　☐ はい

◎血縁のご家族で乳がん・卵巣がん・膵がん・前立腺がんにかかった方はいますか？

☐ 不明　☐ いない　☐ いる：続柄（　　）

◎ホルモン補充療法・ピル内服はありますか？　☐ ない　☐ ある（　年間）

◎豊胸手術歴はありますか？　☐ ない　☐ ある

◎現在治療中の病気はありますか？　☐ ない　☐ ある

・高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・喘息

・その他（　　）

◎本日お薬手帳はお持ちですか？　☐ ない　☐ ある

◎現在、飲んでいる薬はありますか？　☐ ない　☐ ある

薬品名：

抗凝固薬（血液サラサラ系）　☐ ない　☐ ある

◎薬・食品のアレルギーはありますか？　☐ ない　☐ ある（　　）

◎たばこは吸いますか？　☐いいえ　☐はい（　本/日）

◎飲酒はしますか？　☐いいえ　☐はい（種類　　ml/日）

相模原ブレストクリニック