

(整理番号)

# 問診表

烏丸御池さくやま乳腺クリニック

記入日 20\_\_/\_\_/\_\_

当院ID 【 】 健診結果報告書や紹介状、CDなどのデータをお持ちの方は受付にて提出してください。

フリガナ		住所 〒	_____
氏名			
生年月日			
西暦	年	月	日
TEL (携帯など連絡のとれる番号)			

いままでにかかった病気 (既往歴) に○を

糖尿病	高血圧	心臓病	腎臓病	緑内障
脳梗塞、脳血管障害	骨粗鬆症	喘息	甲状腺系	
その他の病気				
がん	部位	年前または		
手術	内容	年 月		

身内の人 (いとこまで) の病気 (家族歴) に○を

乳がん	あり なし	続柄
卵巣がん	あり なし	続柄
他のがん		続柄
遺伝性乳癌卵巣癌症候群と診断された家族がいる (HBOC)		
	はい いいえ	続柄

薬物アレルギー (ショックなど) あり なし

ありの場合その薬品名

抗凝固薬の服用 あり なし

(血液サラサラの薬品名)

現在飲んでいるお薬の名前

-----

☆ 現病歴 (今回受診した症状と経過について)

乳房について (みぎ ひだり)

1 しこり 痛み 違和感 乳頭分泌 →

2 授乳中のトラブル → いつから?( )

3 検診や人間ドックで異常を指摘された

(結果報告書や紹介状、CD-Rなどをお持ちなら受付で提出を)

4 他院で乳癌と診断されている、セカンドオピニオン

5 乳癌術後でフォロー中またはご希望 (院長執刀の手術、 他院での手術)

6 定期的な検診希望、フォロー希望

7 その他美容や形成等の相談

具体的な経過など。いつから、どんな症状が、どのように経過していますか? 以下にお書きください

現在妊娠中または可能性あり	はい いいえ
豊胸手術後ですか?	はい いいえ
シリコンによる豊胸?	はい いいえ
心臓ペースメーカーあり?	はい いいえ
VPシャント術後?	はい いいえ
◎乳癌検診歴	あり なし
最終マンモグラフィ	年 月または 年前

◎月経	初潮 歳
	最終月経 月 日 ~ 月 日
	閉経している場合 ( 歳で)
◎妊娠歴	あり なし
	妊娠 回 出産 回
出産年齢	歳 歳 歳 歳
◎授乳中ですか	はい いいえ
赤ちゃんの年齢	歳 ヶ月
飲酒	飲まない 時々 週1-2回 週5回以上
喫煙	吸わない 1日5本以下 1日20本以下 1日20本以上

乳房以外の症状で受診の方 (更年期やその他の症状など)

以下にお書きください

当院を知ったきっかけは?

ネット チラシ 通りがかり

知人の紹介 ( )

以前の病院から院長を知っていた

その他 ( )