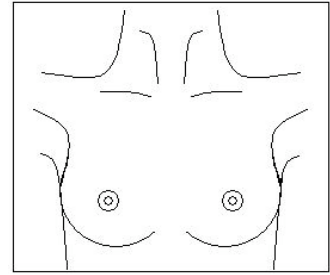


問診票

フリガナ
・名前 _____ ・〒 _____ 住所 _____
・生年月日 _____ ・年齢 _____ 歳 ・電話 _____

- 1) 今日はどのようなことで来院されましたか？
・ 乳房のしこり・痛み・乳頭分泌・湿疹・腫れ・検診
・ その他 _____



*症状のある所に×を付けて下さい

- 2) いつ頃からですか？ _____

- 3) 最近乳がん検診を受けましたか？

- ・ いいえ
・ はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日頃：結果 _____ と言われた)

- 4) 月経・結婚・妊娠についてお聞きします

初潮 _____ 歳、最終月経： _____ 月 _____ 日：順調、不順、閉経 _____ 歳、
結婚していますか？

・ はい ・ いいえ

妊娠の可能性はありますか？

・ はい ・ いいえ

妊娠・出産・授乳の経験はありますか？ 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回

授乳 ・ ある (現在授乳中ですか？ ・ はい ・ いいえ) ・ ない

- 5) これまでの病気についてお聞きします

乳房の異常 ・ ない ・ ある (_____ 歳の時：病名 _____)

婦人科の病気 ・ ない ・ ある (_____ 歳の時：病名 _____)

他の病気 ・ ない ・ ある (_____ 歳の時：病名 _____)

- 6) 今、続けて飲んでるお薬はありますか？ ・ はい ・ いいえ

今までホルモン療法を受けた事がありますか？ ・ はい ・ いいえ

今までお薬で蕁麻疹などが出た事がありますか？ ・ はい ・ いいえ

- 7) 身内で乳がんになった方はいますか？ (母・子・姉妹・祖母・伯母)

- 8) 豊胸手術をしていますか？ ・ いる ・ いない

ペースメーカーは入っていますか？ ・ いる ・ いない

リザーバーポートは入っていますか？ ・ いる ・ いない

・ その他 _____

- 9) 当クリニックを何で知りましたか？ (・ホームページ ・雑誌、新聞広告

・地下鉄の広告【・札幌駅 ・大通り駅 ・車内】 ・バスの車内放送 ・ティッシュ

・口コミ ・知り合いの紹介 ・病院からの紹介 ・その他 _____)

その他何かご質問・ご要望がありましたら、ご記入ください。どうもありがとうございました。