

受診者問診票

ふりがな		
お名前	(姓)	(名)
生年月日 住所	昭・平 〒 -	年 月 日 (歳)
電話番号	()	—
緊急連絡先	(本人携帯 ・ 家族携帯 ・ 職場)	

1. 今日はどうされましたか？

部位： 乳腺（右 左 両側） 甲状腺

症状：

いつから：

2. 薬のアレルギーは？

ない ・ ある → (薬品名：)

3. 何かで病院にかかっていますか？

病名： 病院： 診療科：

4. 最後に受けた乳腺の検査は？

マンモグラフィ：【未経験 ・ 6月前 ・ 1年前 ・ 2年前 ・ 3年前 ・ 4年前 ・ それ以上】

乳腺超音波検査：【未経験 ・ 6月前 ・ 1年前 ・ 2年前 ・ 3年前 ・ 4年前 ・ それ以上】

5. 月経状況： 初潮 歳 閉経前 閉経後(歳)

6. 妊娠・出産歴： 回妊娠 回経産 【現在：妊娠(ヶ月)】

7. 授乳経験： あり ・ なし

8. その他 (あれば○を)

乳房インプラント ・ 脂肪 ・ ヒアルロン酸注入 ・ ペースメーカー ・ シヤント ・ CVポート

9. 血縁の中に下記の方はいらっしゃいますか？

乳がんの人が (いない ・ いる → 【 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 叔母 ・ いとこ ・ 祖母 】)

卵巣がんの人が (いない ・ いる → 【 母 ・ 姉 ・ 妹 ・ 叔母 ・ いとこ ・ 祖母 】)

10. 当院を知ったきっかけ

インターネット ・ 看板 ・ 通りがかり ・ 知人 ・ その他()