

受診者問診票

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

* 今日はどうされましたか？

【乳腺】 右 ・ 左 ・ 両側 ・ 術後

【甲状腺】 橋本病 ・ バセドウ病 ・ 腫瘍 ・ 術後

* 薬のアレルギーは？ (ない ・ ある → (薬品名:))

* 局所麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ (ない ・ ある)

* 何かで病院にかかっていますか？

病名：

医療機関：

* 最後に受けた乳腺・甲状腺の検査は？

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

乳腺・甲状腺超音波 【 未経験 ・ 6か月前 ・ 1年前 ・ 2年前 ・ それ以上 】

検査で所見があった場合 → ()

* 月経状況： 初潮 歳 閉経前 ・ 閉経後 (歳)

* 妊娠・出産歴： 回妊娠 回出産 妊娠中 (ヶ月) ・ 授乳中 (ヶ月児)

* 血縁の中に

乳がん (いない ・ いる：母(歳罹患) ・ 姉妹 ・ 叔母 ・ いとこ ・ 祖母)

卵巣がん (いない ・ いる：母 ・ 姉妹 ・ 叔母 ・ いとこ ・ 祖母)

甲状腺疾患 (いない ・ いる：母 ・ 姉妹 ・ 祖母 →バセドウ病 ・ 橋本病 ・ その他)

* その他 (あれば○を)

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

* 当クリニックをどこで知りましたか？

ネット ・ 看板 ・ 通りがかり ・ 知人 ・ 他院から紹介 () ・ 市広報