

問診票

No:

氏名:

年齢:

才

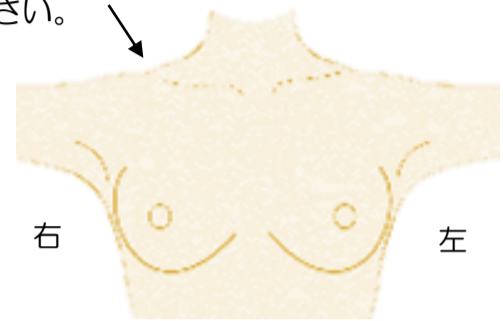
身長 (_____ cm) 体重 (_____ Kg)

利き手 (右 ・ 左 ・ 両)

職業 (_____) 仕事内容 (_____)

1. 本日はどうされましたか? 該当の記号を絵内に書いてください。

- 検診異常 しこり 異和感・張り
 痛み 乳頭分泌物 皮膚の異常
 その他 (_____)



2. その症状はいつからどのように経過していますか?

いつ頃から:

経過:

3. 紹介状や検診結果はありますか? はい ・ いいえ

※CD-ROMやフィルムなど持参されている方は受付にお出してください

4. 乳がん検診を受けたことはありますか?

はい (最終検診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) ・ いいえ

5. 現在、治療中の病気のある方は下記にご記入ください。

年齢	病名	治療内容

6. 現在、内服中のお薬 (サプリメント含む) がある方は薬名を下記にご記入ください。

※お薬手帳をお持ちの方は、記入は不要です。受付に手帳をお出してください。

--

7. 5. 以外に今までに治療歴や手術歴のある方は下記にご記入ください。

年齢	病名	治療内容

8. タバコを吸いますか?

吸う (_____ 本/日 _____ 年間) ・ 吸わない ・ やめた (_____ 本/日 _____ 年間)

9. お酒は飲みますか?

飲む (_____ 合/日 _____ 回/週) ・ たまに飲む
飲まない ・ 飲めない

裏もあります。

10. アレルギーはありますか？

はい（下記↓に記入お願いします） ・ いいえ

アレルギー物質（薬剤：_____ 食物：_____ その他：_____）

11. 月経についておたずねします。

〈閉経前の方〉

最終月経はいつから、何日間ありましたか？（_____月_____日から_____日間）

月経周期は一定ですか？ 定期的 ・ 不定期的

〈閉経後の方〉

閉経年齢は何歳でしたか？（_____歳）

12. 出産歴はありますか？ はい（_____回） ・ いいえ

13. 授乳歴はありますか？

はい（1年以内の方は卒乳日：____年____月） ・ 授乳中 ・ いいえ

14. 差し支えなければお答えください。お子様はいますか？ はい ・ いいえ

年齢	氏名（ふりがな）

15. 血縁者に以下の病気にかかられた方はいますか？その方の続柄も教えてください。

記入例）続柄：母方祖母

乳がん（続柄：_____） 卵巣がん（続柄：_____）

^{すい}膵がん（続柄：_____） 前立腺がん（続柄：_____）

16. 悪性の病気の場合に、一緒に説明を聞いてくださる方はいますか？

はい（続柄：_____ 氏名：_____） ・ いいえ

17. 今後、子供を授かりたいと思いますか？ はい ・ いいえ

18. 検査・治療を行う場合に、仕事や経済面などで心配なことはありますか？

はい ・ いいえ

内容：