

問診票

氏名 () 年齢 (才)

身長 (cm) 体重 (Kg) 利き手 ()

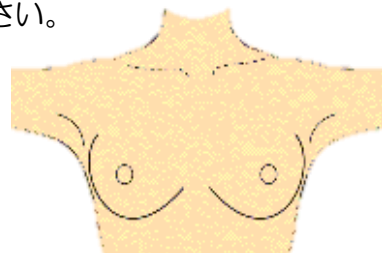
職業 () 仕事内容 ()

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？

(年 月 日から)

(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	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	年齢	病名・治療内容

8. 体内に金属や異物が入っている場合は、○をつけてください。

ペースメーカー CVポート V-Pシャント インプラント
豊胸手術後 義歯 エキスパンダー その他 ()

8. タバコを吸いますか？

吸う (本/日) ・ 吸わない ・ やめた (本/日 年間)

裏もあります。

9. お酒は飲みますか？

毎日飲む（ 合／日） たまに飲む（付き合い程度 ・ 回／週）
飲まない ・ 飲めない ・ やめた（ 年前 当時 合／日）

10. アレルギーはありますか？

はい 下記に記入をお願いします いいえ
アレルギー物質（薬剤： 食物： その他： ）
症状（ アナフィラキシーショック じんましん くしゃみ 吐き気や嘔吐 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～ 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. 妊娠歴はありますか？ はい（ 回） ・ 妊娠中 ・ いいえ

13. 出産歴はありますか？ はい（ 回） ・ いいえ

14. 授乳歴はありますか？ はい（1年以内の方は卒乳日： 年 月 日）
授乳中 いいえ

15. 不妊治療歴はありますか？ はい（ 治療中 過去 ） ・ いいえ

16. 配偶者またはパートナーはいますか？ はい ・ いいえ
（ 続柄： 氏名： ）

17. 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（ひらがな）	同居	別居

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

乳がん（続柄： ） 卵巣がん（続柄： ）
記入例）続柄：祖母（母方）
膵がん（続柄： ） 前立腺がん（続柄： ）

19. 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

20. 今後、子供を授かりたいと思いますか？ はい ・ いいえ

21. 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（内容： ）
いいえ

以上になります。ありがとうございました。赤羽乳腺クリニック