

# 乳腺問診票

年 月 日 記入

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所 〒	ご連絡先 自宅 ( ) 携帯 ( )	
※マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

**この問診票は、検査や治療を受けて頂く際の大切な情報となりますので正確にご記入お願い致します。**

**★検診・他院の結果、紹介状、CDなどお持ちの方は受付時に受付へご提出下さい。**

1. 本日来院された目的を伺います。

- 検診で検査を勧められた
- 症状があり受診希望
- 定期検査

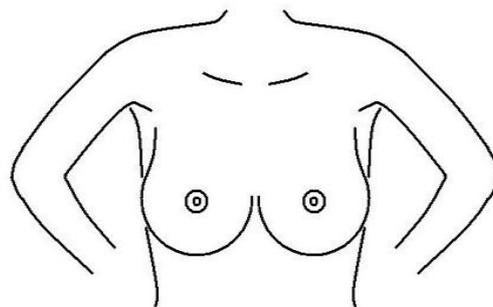
2. 症状がありますか？ ( あり ・ なし )

症状ありの方は、どのような症状がありますか？

- 乳房のしこりがある ( 右 ・ 左 )
- 乳房に痛みがある ( 右 ・ 左 )
- 乳房に変形がある ( 右 ・ 左 )
- わきにしこりがある ( 右 ・ 左 )
- 乳頭から分泌物がある ( 右 ・ 左 ) ( 血液様 ・ 乳汁様 ・ 透明 ・ 黄色 )
- 乳頭の周りに皮膚のただれがある ( 右 ・ 左 )
- その他 ( )

右 左

症状のある場所にしるしをつけて下さい



3. 今回よりも過去に乳がんの検診を受けたことがありますか？ ( あり ・ なし )

ありの方はいつ頃ですか？ ・マンモグラフィー ( 年前 ) ・エコー ( 年前 )

結果は ( 異常なし ・ 異常あり→ )

4. 過去にかかった病気や手術

- 乳腺の病気 ( 歳 ) (病名: )
- 乳房の手術 ( 歳 ) ( )
- 婦人科の病気 ( 歳 ) (病名: )
- 子宮・卵巣の手術 ( 歳 ) ( )
- 豊胸手術 ( 歳 ) ( バック挿入 注入・注射 )
- ホルモン治療 ( 歳～ 年間 ) ( 更年期症状・月経困難症・内膜症・ピル・不妊治療 )
- その他の病気や手術 ( )

※裏面もご記入下さい

