乳腺

【問診票】

フリガナ
氏名　　昭和･平成　　年　　月　　日生　　年齢

〒
フリガナ　　自宅
住所　　電話番号 携帯

初診の患者さんは下記の項目を記入または〇で囲んでください.

現在どちらの乳房にどんな症状がありますか　　右　　左

しこりがある　皮膚のくぼみがある　分泌物が出る　赤みがある　痛みがある

その他（　　）

症状がない方は受診理由をご記入ください。

検診で異常を指摘された　自費検診希望（視触診・超音波のみ　4500 円）

その他（　　）

乳癌検診はいつ受けましたか　Ｈ　Ｒ　　年　　月頃　マンモグラフィー検診

超音波検診

現在授乳中ですか　　いいえ　　はい（出産日 Ｈ　Ｒ　　年　　月　　日）

今まで何か大きな病気はありますか　　なし　あり（　　）

現在内服薬がありますか　　なし　あり（　　）

妊娠出産歴はありますか　　なし　あり（妊娠　　回　・出産　　回）

初産年齢　　歳　　母乳・混合乳・人工乳

生理周期について　　初経　　歳　　閉経　　歳

最終月経　　月　　日～　　日間、不順　あり・なし

血縁に乳癌になった方がいますか　　なし　あり（どなたが　　）

豊胸手術または豊胸目的の施術の既往　なし　あり（方法　　）

この用紙は診察の際の情報収集にのみ利用させていただきます