

【問診票】

初診の患者さんは下記の項目を記入または○で囲んでください。

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 _____

❖乳腺の診察をご希望の方

現在どんな症状がありますか

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 _____)

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