

乳腺外科問診票

ID ○ _____

ふりがな

お名前 _____ 性別 男 ・ 女

生年月日 大正 昭和 平成 年 月 日 (年齢 _____)

住所 〒 _____

自宅電話 _____ 携帯電話 _____

1. 今日は、どうされましたか？

(例：〇〇月ごろから右胸にしこりがある、左胸に痛みがある、両胸に違和感がある…)

2. 今までに乳がん検診を受けたことがありますか？

いいえ

はい 検診日 平成 年 月

検診内容 視触診 マンモグラフィ 超音波

検診結果 異常なし 異常あり (_____)

3. 今までに、甲状腺の診察・治療を受けたことがありますか？

いいえ はい (_____)

4. ご家族や親せきの方に、乳がんや卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

いいえ はい(続柄 _____ 病名 _____)

5. 月経・出産について

最近の月経 月 日～ 順・不順 閉経 歳 出産 回 授乳期間 ヶ月

6. これまでに、出産以外で手術・入院をしたことがありますか？

なし あり(_____ 年 _____)

7. 現在治療中のご病気はありますか？また内服中のお薬はありますか？

なし あり(病名: _____ 内服薬: _____)

8. 今までに、薬などでアレルギーが出たことはありますか？

なし あり (_____)

9. 以下の項目に該当しますか？ 特に該当しない

妊娠中・妊娠の可能性ある 豊胸術 (ヒアルロン酸・生理食塩水・シリコンバッグ・脂肪注入・不明)

授乳中 乳房形成術後(手術はいつ頃ですか? 年 月頃、もしくは 年前頃)

断乳後6か月以内 心臓ペースメーカー・除細動器

VPシャント(脳室腹腔短絡術)

10. 希咲クリニックをお知りになったきっかけは？

HP インターネット検索 友人の紹介 (_____ 様) 雑誌

その他 (_____)