

◆問診表◆

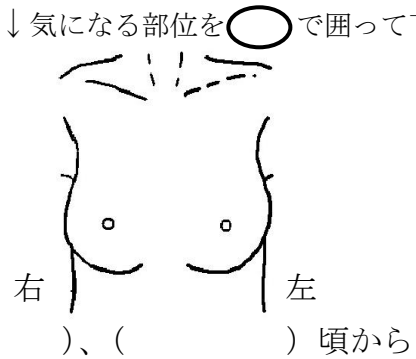
記入日： 年 月 日

お名前 () 年齢 () 歳

【本日、どのような症状で来院されましたか？】

↓気になる部位を○で囲って下さい。

- ①乳癌検診 (自覚症状なし)
- ②乳癌検診後の精密検査 (自覚症状なし)
- ③しこり (右・左)、() 頃から
- ④分泌物 (右・左)、() 頃から
- ⑤痛み (右・左)、() 頃から
- ⑥その他 ()、() 頃から
- ⑦京都市検診



【他の医療機関からの紹介ですか？】

いいえ・はい () 病院・医院、 () 先生からの紹介)

【血縁の人で乳がん・卵巣がんになった人がおられますか？】

いいえ・はい (母・姉・妹・その他 ())

【今までに乳腺の病気にかかられたことがありますか？】

いいえ・はい () 歳 右 左 両側 病名： ()

【今までに乳腺以外の病気にかかられたことがありますか？】

いいえ・はい (病名： ())

【現在妊娠していますか？】 いいえ ・ はい

【授乳中ですか？】 いいえ ・ はい

【月経がありますか？】

いいえ・はい (最後の月経は 月 日から)

【今までに薬によるアレルギーがありますか？】

いいえ・はい (薬品名： () 症状： ())

【食べ物によるアレルギー反応が出たことがありますか？】

いいえ・はい (食べ物： () 症状： ())

【その他のアレルギー体質はありますか？】

いいえ・はい ())

【ぜん息がありますか？】

いいえ・はい (過去に発作 ・ 現在も時々発作 ・ 治療中)

【ペースメーカーを装着していますか？】

いいえ・はい

【豊胸手術を受けられた事がありますか？】

いいえ・はい (いつ頃 ())

(材質：ヒアルロン酸・生食・シリコンバック・不明・その他 ())

【今回、足立乳腺クリニックを選ばれた理由をお聞かせ下さい。】

近い・.広告・インターネット・知人の紹介・その他 ())

※ご記入ありがとうございました。ご記入頂きました内容につきましては秘密厳守いたします。

検査等で診察の順番が前後することがあります。何卒、ご容赦ください。