

◆問診票◆

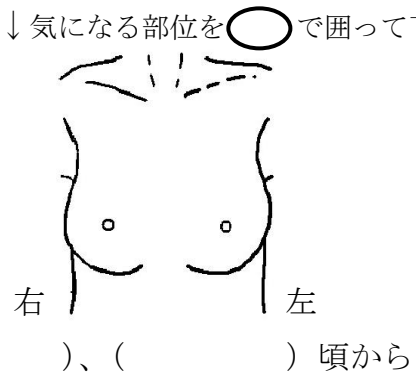
記入日：平成 年 月 日

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・祖母・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)

【アレルギーがありますか？】

いいえ・はい (病名： () 医薬品： () 食べ物： ())

【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・その他 ())

*過去に豊胸術をした事のある方や内容物(材質)が不明の方は検査前に申し出てください。

【今回、沢井記念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。