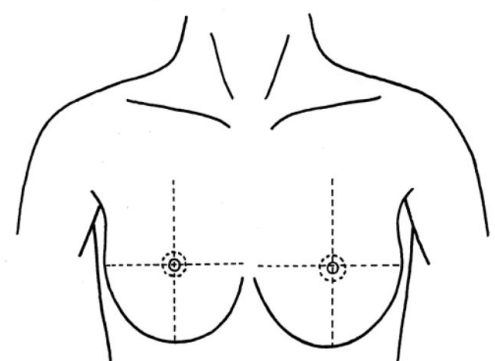


乳腺外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日			
氏名			大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒 ー					
電話番号						

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>痛み <input type="checkbox"/>しこり <input type="checkbox"/>乳首から分泌 <input type="checkbox"/>乳首がうぼんでいる・変形している・湿疹のようなただれがある <input type="checkbox"/>乳腺炎の診療</p> <p><input type="checkbox"/>他の病院で乳がん（疑い）と診断された</p> <p><input type="checkbox"/>他の病院で乳がんの再発（疑い）と診断された</p> <p><input type="checkbox"/>検診で異常指摘 <input type="checkbox"/>精密検査・治療希望</p> <p><input type="checkbox"/>セカンドオピニオン希望</p> <p><input type="checkbox"/>その他（ ）</p>	<p>症状のある部位に○をつけて下さい。</p> <p>みぎ側 ひだり側</p> 
<p>症状はいつ頃からありますか？</p> <p>約（ ）日・週間・ヶ月・年前から</p>	

乳がん検診を受けたことがありますか？ ない ある

一番最近検査を受けたのはいつですか？ 西暦（ ）年（ ）月（ ）日（頃）

どんな検査を受けましたか？

触診 マンモグラフィ 超音波 MRI 生検（組織検査、細胞検査） その他（ ）

異常を指摘されましたか？ いいえ はい（ ）

今までにかかった病気や手術はありますか？ なし あり（ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？ なし あり（ ）

血縁者（両親・兄弟姉妹・祖父母）でがんにかかった方はいますか？

いいえ 乳がん（続柄： ） 卵巣がん（続柄： ） 他のがん（続柄： 、病名： ）

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う（ 本/日 × 年間）

禁煙した（ 年前から。それまで喫煙（ 本/日 × 年間））

飲酒：飲まない 飲む（週 日） 種類・量（ ）

食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ なし あり（ ）

現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい（妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中）

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他（ ）

※ご協力ありがとうございました。