

【 問診票 】

No. 予約

受診日： 令和 年 月 日	到着
フリガナ	生年月日
氏名	昭和・平成 年 月 日 歳
〒	現在お住まいの場所を書いてください 【住所】
携帯電話	自宅

自覚症状 なし あり (しこり 痛み 乳頭分泌物 その他 ())
 これまでの経過を詳しく記載してください。

検診歴 なし あり *検診要精査で受診の方は今回でなく、その前の検診を記入してください
 前回の検診受診時期： 検査内容： 超音波 マンモグラフィ
 受診医療機関： 結果：異常なし 経過観察 精密検査

当院では、医師の指示のもと、診察前にマンモグラフィを致しますが、よろしいでしょうか。 はい いいえ
マンモグラフィに必要な情報です。 該当なし (以下に当てはまらない方)
 現在、妊娠の可能性のある方・妊娠中の方 現在、授乳中の方(ヶ月)
 ペースメーカーやシャントが入っている方 豊胸手術歴(シリコンバッグ等)がある

既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (高血圧 ・ 喘息 ・ 糖尿病 ・ 骨粗しょう症 ・ 緑内障)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アルコール ・ 食物 () ・ その他 ())
婦人科疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式： <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式： <input type="checkbox"/> その他 () (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式：
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 年齢 歳 / 内容 ()
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 年間喫煙 / 禁煙から () 年
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1日 (酒 合・ビール 本) () 年間飲酒/終了から () 年
その他	[歳 : [歳]

内服薬・サプリメント 現在内服中のものはすべて開始時期とともに記載してください。
無 有 お薬手帳あり (提出した方は記載の必要はありません)

婦人科歴	
月経	生理： <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 (歳) <input type="checkbox"/> 人工閉経 (歳)
妊娠・出産	妊娠： 回 出産： 回 <input type="checkbox"/> 現在妊娠中： ヶ月 <input type="checkbox"/> 不妊治療歴あり <input type="checkbox"/> なし
ホルモン補充療法歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (時期/期間)

家族病歴 家族病歴なし 家族病歴不明

血縁関係の方 (父方, 母方ともに従姉妹まで) についてご記入ください

乳がん, 卵巣がん	その他のがん
兄弟/子供： 母, 母方の血縁： 父, 父方の血縁：	兄弟/子供： 母, 母方の血縁： 父, 父方の血縁：
<input type="checkbox"/> 付き添いの方がいらっしゃる方へ ご関係： <input type="checkbox"/> 特に話を聞かなくてもよい <input type="checkbox"/> 最初から診察室に入って話を聞きたい。 <input type="checkbox"/> 検査結果の説明の時だけ入って話を聞きたい。	<input type="checkbox"/> 当院をなにでお知りになりましたか？ (複数可) <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 地下鉄内広告 <input type="checkbox"/> ユニモール看板 <input type="checkbox"/> 他院紹介 () <input type="checkbox"/> 知人・家族 (様) <input type="checkbox"/> その他

こちらの記入内容は、当院で治療を受ける際とても大切な情報となります。紹介状の内容に関わらず、詳しくご記載ください。