問 診 票

受診日：西暦　　年　　月　　日	ID:	身長　　cm 体重　　kg
フリガナ 氏名	生年月日 明治・大正・昭和 平成・令和・西暦　　年　　月　　日生(満　　歳)	
住所　〒　　－	携帯電話　（　　） 自宅電話　（　　）	

本日受診された理由を教えてください

□（文京区・自費）検診希望　（希望検査：　□マンモグラフィ　□超音波検査　　）

□自覚症状（□しこり　□痛み　□乳頭分泌物　□その他（　　））

□紹介（□都立駒込病院　□春日クリニック　□他施設（　　））

□その他（　　）

症状のある方は、症状について教えてください

いつから：　　どのような：

乳がん検診歴	□毎年検診を受けている　□2年毎　□不定期　□今まで受けたことがない 前回の検診はいつ頃どのような検査をお受けになりましたか？ （　　年　　月頃　検査：　マンモグラフィ　・　超音波検査　）		
既往歴	□ 無　□ 有　（　高血圧　・喘息　・　糖尿病　・　骨粗しょう症・　緑内障　）		
その他の既往歴	（　　歳の時　　）（　　歳の時　　）		
手術歴	□ 無　□ 有　（手術内容：		
アレルギー	□ 無　□ 有　（アレルギーの内容		
家族歴	血縁関係の方について○をつけるか、ご記入ください 乳がん　いない・母・姉妹・子供・母方（祖母・おば・いとこ・姪）・父方（祖母・おば・いとこ・姪）・（　　） 卵巣がん　いない・母・姉妹・子供・母方（祖母・おば・いとこ・姪）・父方（祖母・おば・いとこ・姪）・（　　） その他のがん(記入例：父方祖父 膵臓癌)　いない・（　　）		
内服薬・サプリメント	□ 無　□ 有（お薬の内容：		
結婚歴	□ 既婚　□ 未婚　□ 離婚　□ 死別　/　□ パートナーがいる　□ いない		
月経(生理)	□ 順調　□ 不順　□ 閉経（　　歳）　□ 手術などによる閉経（　　歳）		
妊娠・出産	出産：　　回 □妊娠中	**授乳歴**	□ 無　□ 有　□授乳中
不妊治療歴	□ 無　□ 有	**ホルモン補充療法歴**	□ 無　□ 有
豊胸術	□ 無　□ 有	**ペースメーカー**	□ 無　□ 有
喫煙歴	□ 無　□ 有　（　　）年間　1日（　　）本		
飲酒	□ 無　□ 有→（毎日・週　回・月　回）→1回量　約（酒　合・ビール　本）		
当院をどのようにお知りになりましたか？	□病院からの紹介　□知り合いの紹介　□ネット検索　□文京区検診 □通りがかり・看板を見て　□ｺﾐｭﾆﾃｨﾊﾞｽB-ぐる時刻表冊子　□ 都バスの放送 □その他（　　）		

いながき乳腺クリニック
INAGAKI BREAST CLINIC

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．

いながき乳腺クリニック
INAGAKI BREAST CLINIC

＜Medical Questionnaire＞

受診日：　　年　　月　　日		ID：
Name:		**Birthday:** / / **Age:**
Address: **posital code** (-)		
Phone: - -	**Cell Phone:** - -	

■**PLEASE fill in ALL PAGES.** Your answer will help the staff plan and provide your care, as well as help us with our research to better understand the risk factors for cancer. Leave blank any parts you are unsure of, or do not wish to answer. We will review the form with you. Any information we gather will be kept confidential.

Reason for visit	☐Breast cancer checkup ☐Subjective symptoms: ☐Lump ☐Pain ☐Nipple Discharge ☐Other ( )	
Please describe the course of your symptoms		
Do you have regular breast cancer checkups? ☐ YES ☐ NO		
If you answered YES: From _____(year), every _____ years Other information ( )		
Examinations received at other medical institution :	☐Mammography ☐Ultra Sonogaphy ☐MRI ☐Cytodiagnosis ☐Needle Biopsy ☐Surgery ☐Other ( )	
Medical History	Please fill in information on your past medical history, etc.	
High blood pressure	☐NONE	☐YES : ☐Under treatment ☐Treatment terminated
Diabetes	☐NONE	☐YES : ☐Under treatment ☐Treatment terminated
Asthma	☐NONE	☐YES : ☐Under treatment
Glaucoma	☐NONE	☐YES : ☐Under treatment ☐Treatment terminated
Allergies	☐NONE	☐YES ( ) : ☐Under treatment
Surgery	☐NONE	☐YES (Age:) ☐YES (Age:)
Smoking	☐NONE	☐YES ( ) cigarettes/day ( ) years / ( ) years since quitting
Alcohol	☐NONE	☐YES Amount ( ) ( ) years / ( ) years since quitting

Gynecological History

☐Married ☐Unmarried (Partner ☐YES ☐NONE) ☐Divorced (Partner ☐YES ☐NONE) ☐Widowed			
Menstruation	Period : ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Menopause (age) ☐ Artificial menopause (age)		
Pregnancy/Delivery	Pregnancy : times ☐ Pregnant : months		Delivery: times ☐ Possibly pregnant
Gynecological Diseases	☐NONE	☐YES	☐Myoma of the uterus (Surgery ☐NONE ☐ YES) ☐Endometriosis ☐Ovarian Cyst (Surgery ☐NONE ☐YES) ☐Other ( ) (Surgery ☐NONE ☐ YES)
Breast Feeding History	☐NONE	☐YES	☐Currently breastfeeding
Infertility Treatment	☐NONE	☐YES (Period/Frequency)	
Hormone Replacement Therapy History	☐NONE	☐YES (Period/Span)	

Medication/Supplements

Please indicate all the medication you currently take, and when you started taking them .

☐NONE ☐YES

Family History

Please fill in the information of your blood relatives (Paternal and maternal, up to cousins)

■ Breast Cancer/Ovarian Cancer	Ex. Mother Breast cancer Age:60	
Siblings /Children :	Age:	Age:
Maternal relatives :	Age:	Age:
Paternal relatives :	Age:	Age:
■ Other Cancers		
Siblings /Children :	Age:	Age:
Maternal relatives :	Age:	Age:
Paternal relatives :	Age:	Age: