

問診票

受診日： 年 月 日	ID:	身長 cm	体重 kg
フリガナ	生年月日		
氏名	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			
<input type="checkbox"/> (文京区・自費) 検診希望 (希望検査: <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波検査)			
<input type="checkbox"/> 自覚症状 (<input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 乳頭分泌物 <input type="checkbox"/> その他 ())			
<input type="checkbox"/> 紹介 (<input type="checkbox"/> 日本医大 <input type="checkbox"/> 三井記念病院 <input type="checkbox"/> 都立駒込病院 <input type="checkbox"/> 他施設 ())			
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 毎年検診を受けている <input type="checkbox"/> 2年毎 <input type="checkbox"/> 不定期 <input type="checkbox"/> 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	<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)		
その他の既往歴	(歳の時) (歳の時)		
手術歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手術内容:		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (アレルギーの内容		
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()年間 1日 ()本		
飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→ (毎日・週 回・月 回) →1回量 約 (酒 合・ビール 本)		
結婚歴	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 / <input type="checkbox"/> パートナーがいる <input type="checkbox"/> いない		
月経(生理)	<input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経 (歳) <input type="checkbox"/> 手術などによる閉経 (歳)		
妊娠・出産	妊娠: 回 出産: 回 <input type="checkbox"/> 妊娠中	授乳歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 授乳中
不妊治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ホルモン補充療法歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
豊胸術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
内服薬・ サプリメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (お薬の内容:		
家族歴	血縁関係の方についてご記入ください (例: 乳がん 父方いとこ、母方祖母) 乳がん 卵巣がん その他のがん		
当院をどのように お知りになりましたか?	(1)紹介 (2)インターネット (3)通りがかり・看板を見て (4)文京区検診 (5)その他 (

スタッフ記入欄 妊娠中 ・ 授乳中 ・ アレルギー ・ implant



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。