

問診票

受診日：西暦2025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						
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"/> 文京区検診							
<input type="checkbox"/> 自費検診 (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 いつから()							
部位 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 乳頭 <input type="checkbox"/> 脇の下 (<input type="checkbox"/> 両側 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)							
<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 ()							
乳房検査	それぞれの最近受けられた検査について教えてください <input type="checkbox"/> 今まで受けたことがない						
	マンモグラフィ 年 月頃 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり()						
	超音波検査 年 月頃 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 指摘あり()						
	生検・細胞診・MRIなど 年 月頃						
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 (アレルギーの原因:)						
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						
	乳癌 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)・()						
	卵巣癌 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)・()						
	すいぞう癌 いない・母・父・姉・妹・兄・弟・子供・()						
	その他の癌 いない・(記入例: 父方祖父 肝臓癌)						
内服薬・サプリメント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (お薬の内容:)						
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	出産: 回	<input type="checkbox"/> 妊娠中(週目)	授乳歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 授乳中(児 ヶ月)			
ホルモン補充療法歴(更年期治療)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		不妊治療歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
VPシャント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
豊胸術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 いつ頃 どのような						
喫煙歴	<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)						
当院をどのようにお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> 病院からの紹介 <input type="checkbox"/> 知り合いの紹介 <input type="checkbox"/> ネット検索 <input type="checkbox"/> 文京区検診 <input type="checkbox"/> 通りがかり・看板を見て <input type="checkbox"/> コミュニティバスB-ぐる時刻表冊子 <input type="checkbox"/> 都バスの放送						

いながき乳腺クリニック
INAGAKI BREAST CLINIC