

問 診 票

受診日：西暦      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"/> 文京区検診    ( <input type="checkbox"/> 同日自費 超音波検査)						
<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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いない・母・父・姉・妹・兄・弟・子供・(      )				
		その他の癌 <input type="checkbox"/> 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				



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。  
学会発表や研究時に、個人を特定されないように診療内容などを発表させていただくことがあります。ご同意されない場合はお声がけください。