

(整理番号)	問診表 (検診の方は◎のみの記入をお願いします)		記入日 20__/__/__
当院ID	【 】	健診結果報告書や紹介状、CDなどのデータをお持ちの方は受付にて提出してください。	
フリガナ	住所 〒 _____		
氏名	_____		
生年月日	_____		
西暦	年	月	日
TEL (携帯など連絡のとれる番号)			

いままでかかった病気など (既往歴)			
かかった病気に○	糖尿病	高血圧	心臓病
脳梗塞、脳血管障害	骨粗鬆症	緑内障	腎臓病

◎身内の人 (いとこまで) 家族歴		
乳がん	あり、なし	続柄
卵巣がん	あり、なし	続柄
他のがん		
糖尿病	あり、なし	
その他		

その他

がん 部位 _____ 年前

手術 内容 _____ 年 月

薬物アレルギー (ショックなど) あり、なし
薬品名

現病歴 (今回受診した症状と経過について)
乳房について

抗凝固薬の服用 あり、なし
(血液サラサラのくすり)
品名

- しこり 痛み 違和感などの症状あり
- 授乳中のトラブル
- 検診や人間ドックで異常を指摘
(結果報告書や紹介状、CD-Rなどお持ちなら提出してください)
- 他院で診断されている、セカンドオピニオン
- 乳癌術後でフォロー中
(院長執刀の手術、他院での手術)
- 定期的な検診、フォロー
- その他美容や形成等の相談

内服薬の内容	
飲酒	飲まない 時々 週1-2回 週に5回以上
喫煙	吸わない 1日5本以下 1日20本以下 1日20本以上
◎月経	初潮 歳 閉経 していない している (歳) 最終月経 ____月 ____日 ~ ____月 ____日

具体的な経過など。いつから、どんな症状が、どのように経過していますか？以下にお書きください

◎現在妊娠中？可能性あり？	あり、なし
◎妊娠歴	あり、なし
妊娠 回	出産 回
出産年齢	歳 歳 歳
◎乳癌検診歴	あり、なし
最終検診日	年 月または 年前
◎授乳中ですか	はい、いいえ
◎豊胸手術後ですか	はい、いいえ
シリコンインプラント	あり なし

乳房以外 の症状、更年期症状、肛門の症状など
以下にお書きください
当院を知ったきっかけは？ チラシ ネット 知人の紹介 () 以前の病院から院長を知っていた その他 ()