



医親会

海上ビル診療所
03-3212-7690

乳腺科問診票

氏名		生年月日	年 月 日	日中の連絡先	必要時診療所から連絡可能な電話番号をご記入ください。
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 薬剤名()				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある 種類()				

該当する項目に☑印を付けてください。

健康診断の二次検査 (当診療所 他の医療機関)

上記以外の方は該当項目に☑印をつけてください。

右 左 両方

しこり 脇の下のしこり 乳房の痛み 乳頭の変化 皮膚の変化 乳汁分泌

その他()

症状はいつ頃からですか？

_____年 _____月 _____日

今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい 治療内容()

近親者の方について

乳がん なし あり(あなたとの関係) ()

その他の病気(病名:)

なし あり(あなたとの関係) ()

月経・妊娠・出産などについて

初潮 _____ 歳	閉経 _____ 歳
最終月経 (_____年 _____月 _____日～)	妊娠回数 _____回

現在、妊娠していますか？

いいえ はい(妊娠週数 _____ 週)

授乳中

既往歴(病気、手術など)

・乳腺疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 歳) 病名: _____ 手術: _____
・ホルモン療法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 歳) 病名: _____ 手術: _____
・ペースメーカー挿入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 歳)
・豊胸手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 歳) <input type="checkbox"/> シリコン <input type="checkbox"/> 脂肪 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸 <input type="checkbox"/> その他
・その他の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 歳) 病名: _____ 手術: _____

切り取り

←----- (切り取り線 ≡) -----

2017/9/6

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って
余白部分を切り取りのうえ、
『問診票』をお持ちください。