

問 診 票 (乳 腺)

本日はご来院頂き有り難うございます。ご予約の方が優先となりますのでご了承ください。

氏名	フリガナ -----	男女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日生 (歳)
住所	〒	連絡先 自宅 携帯	-	-

薬や食べ物でアレルギーはありますか。	はい ・ いいえ
アレルギーのある方は内容をお書きください。	

1. 今日どのようなことで来院されましたか。✓してください。

<input type="checkbox"/> 自覚症状があり来院	<input type="checkbox"/> 二次検診
<input type="checkbox"/> 乳がんドック	<input type="checkbox"/> その他()

2. 現在の体調について、下記の症状がある方はご記入ください。

・熱()度・下痢・嘔吐・その他()

3. 乳房について

何か異常がありますか。	ある(右 / 左 / 両側) ・ なし
月経(生理) 前に乳房の腫れ・痛みはありますか。	ある(腫れ / 痛み) ・ なし
「ある」と答えた方のみ、次の質問にお答えください。	
しこりはありますか。	ある ・ ない
いつ頃からありましたか。	頃から
大きくなりましたか。	はい ・ いいえ
痛みはありますか。	はい ・ いいえ
痛みは・・・	押すと痛い・押さなくても痛い
いつ頃から痛みましたか。	位前から
痛みは強くなりましたか。	はい ・ いいえ
乳頭から分泌液が出ますか。	はい ・ いいえ
その色は・・・	無色 / 白 / 黄 / 褐 / 赤

4. 妊娠・出産について

何回妊娠しましたか。	ない ・ 回
初産時年齢はおいくつですか。	歳
現在、授乳中ですか。	はい ・ いいえ
現在、妊娠中ですか。	はい ・ いいえ

5. 月経について ※閉経とは最終月経から1年月経がないことをいいます。

閉経していますか。	はい ・ いいえ
「いいえ」とお答えの方、最終月経はいつでしたか。	月 日～ 月 日

6. 乳房の検診について

乳房の検診を受けたことがありますか。	はい・いいえ
最後に受けた検診はいつどこで受けましたか。	
いつ: _____ 頃	医療機関名: _____
自己触診はしていますか。	はい・いいえ

7. 血縁者について

血縁者の方で乳がん・卵巣がんにかかった方はいますか。	いる・いない
続柄 _____	病名 _____

8. 今までかかった病気や、受けた治療はありますか。✓してください。

- 乳腺の病気 手術(子宮・卵巣・豊胸術・他())
 放射線療法 ホルモン補充療法
 ペースメーカー留置またはシャント増設
 糖尿病 高血圧 高脂血症 狭心症
 心筋梗塞 脳梗塞 がん()
 気管支喘息 その他()

9. お薬手帳をお持ちの方はご提出を、お持ちでない方は内服中のお薬を下記にご記入ください。

--

10. 喫煙について

現在喫煙していますか。	喫煙中・していない・やめた(歳頃)
-------------	-------------------------

11. 歯科について

かかりつけの歯科医院はありますか。	はい・いいえ
現在通院(治療)中ですか。	はい(歯科医院名)・いいえ

12. 来院された契機を以下からお選びください(複数回答可です)。

インターネット google 検索 ・ google 広告 ・ yahoo 検索 Facebook ・ 病院なび ・ 他()
道路看板 13号ラウンドワン交差点 ・ 13号御所野ニュータウン交差点 ・ 湯上市飯田川 横山金足線桜五叉路ローソン ・ 横山金足線日赤交差点 ・ 広面いとく 新国道外旭川野村交差点 ・ 大仙市和合交差点 ・ 大仙市協和13号46号交差点
広報誌 ・ 検診ガイド ・ エークラス ・ チェリッシュ ・ ママファミ
秋田赤十字病院 知人の紹介() その他()

ご記入ありがとうございました。