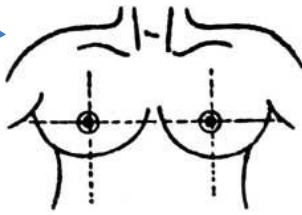


< 乳腺疾患 問診票 >

年 月 日 お名前:

A.今の症状はいつからですか	頃から 他院からの紹介状 有 ・ 無		
B.痛みはありますか	1.無 2.有	右() 左()	・いつも ・時々 ・生理前 ・生理後 ・生理中 ・その他
C.しこりがありますか	1.無 2.有	右() 左()	印をつけて下さい 
D.乳首の変形がありますか	1.無 2.有	右() 左()	
E.乳首から異常分泌はありますか	1.無 2.有	右() 左()	
F.親族で癌になられた方はおられますか	1.無 2.有	◎ 有の方	どなたですか: 祖父母 両親 兄弟 子供 その他() 病名:
G.乳腺の病気にかかられたことはありますか	1.無 2.有	◎ 有の方	いつごろですか: 病名は:
H.大きな病気にかかられたことはありますか	1.無 2.有	◎ 有の方	いつごろですか: 病名は:
I.ホルモン治療をうけられたことがありますか	1.無 2.有	◎ 有の方	いつごろですか: 薬品名は:
J.豊胸手術や乳房形成術を受けられたことがありますか	1.無 2.有	◎ 有の方	いつごろですか:
K.現在結婚されていますか	1.既婚 2.未婚		
L.月経についてお答えください	1.不順 2.定期的 () 日周期 初潮:() 最終月経() 月() ~ () 月() 日 閉経:()		
M.妊娠についてお答えください	妊娠回数:() 回 出産回数:() 回 流産 有 ・ 無 自然() 回 人工() 回 初めての妊娠年齢 () 才 初めての出産年齢 () 才 現在妊娠されてますか いいえ ・ はい (妊娠 ヶ月)		
N.授乳中ですか?	1.いいえ 2.はい → 赤ちゃんは何歳ですか?() 歳 ヶ月) 出産した病院は? PL病院 ・ 他院 ()		
O.薬について	下記の症状の薬をのんでいますか (はい ・ いいえ) * 血をかたまりにくくする薬 ・ 心臓の薬: 薬品名:()		
★ 1ヶ月以内に 海外へ行かれたか? (はい ・ いいえ) 場所:()			
薬・注射による副作用 無 ・ 有 薬品名()			
アレルギー 無 ・ 有 花粉 ・ 食物 ・ 金属 ・ その他()			
現在、他の医療機関に通院されていますか □ 通院なし □ 通院中(医療機関 受診日 治療内容			
内服中の薬はありますか (いいえ ・ はい) (PL病院 ・ 他院) お薬手帳持参 無 ・ 有 (薬剤名、投薬期間等)			
* マイナ保険証による情報取得に同意された場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能			