

【乳腺専門外来】 問 診 表 (一般診察・自費健診用)

記入日	令和	年	月	日	年齢	歳
氏名		身長		cm	体重	kg
① 現在どのような症状がありますか？ ご記入や○を入れてください。						
<input type="checkbox"/> 乳房にしこりがある (右 ・ 左) 気づいてからの大きさは (大きくなった・変わらない・小さくなった・大きくなったり小さくなったりする)						
<input type="checkbox"/> 乳房に痛みを感じる (右 ・ 左) 痛みの頻度は (時々 ・ 常に)						
<input type="checkbox"/> 乳首(乳頭)から分泌物がある (右 ・ 左)						
<input type="checkbox"/> 乳首がくぼんでいる・変形している・湿疹の様なただれ (右 ・ 左)						
<input type="checkbox"/> 紹介 ・ 検診後の精密検査 ・ その他 ・ ()						
<input type="checkbox"/> 症状なし						
症状あり・紹介状ありの方は②へ 症状なしの方は③へ						
② 症状はいつからありますか？						
今朝 ・ 数時間前 ・ 昨日 ・ 数日前 ・ 数週間前 ・ 数カ月前						
③ 乳がん検診にて受診(症状なし)						
<input type="checkbox"/> 視触診、乳腺エコー、マンモグラフィ 9,800円(税込)						
<input type="checkbox"/> 視触診、乳腺エコー 5,800円(税込) ※授乳中などマンモグラフィを受けられない方						
④ 今までにかかった病気や手術についてご記入ください。						
高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脳梗塞 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病						
その他()						
ホルモン治療 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (更年期障害・ピル・その他→)						
豊胸手術 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (バック挿入・その他→)						
その他の手術 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (病名:) (術式:)						
⑤ 血縁者で乳がんになった方はいますか？						
乳がんの人は <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 続柄(祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘)						
⑥ 現在服用している薬はありますか。						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい お薬手帳: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
服用している薬 ()						
⑦ 薬や食べ物などでアレルギーはありますか？						
薬 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬 剤 名: 症状:)						
食べ物 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (食 べ 物 名: 症状:)						
その他 : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (名 前: 症状:)						
⑧喫煙はされますか？				⑨アルコールは飲みますか？		
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 喫煙年数: ()年 1日の喫煙頻度:()本/日				<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 何をどのくらい飲まれますか ()杯/日 種類:(ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー)		
⑩ 女性の方のみお答えください。						
妊娠中ですか : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 可能性がある 分娩回数は()回						
授乳中ですか : <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい						
初潮はいつですか: 小学校(学年)、中学校(年生) で()才の時						
最終月経はいつですか (年 月 日頃)						
本日の診察に際し、何かご要望はありますか。(検査や薬など)						
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()						

ご協力ありがとうございました。