

札幌フィメールクリニック ♡ 乳腺外科問診票

来院日 年 月 日

下記の質問に回答しチェックを付けてください。お分かりになる範囲でご記入ください。
なお、♡マークはカルテ(診療録)作成のための、必須項目となっております。

| | |
|---------------------|----------------|
| フリガナ | ↓①は連絡が付きやすい番号を |
| ♡お名前 _____ | ♡電話① _____ |
| ♡生年月日 (大・昭・平) 年 月 日 | ♡電話② _____ |
| ♡住所 〒 _____ | |
| EMAIL _____ | |
| ご職業 _____ | |

① 婚姻歴 未婚 既婚 (結婚時の年齢 _____ 才)

② 家族歴

親・姉妹に乳がんになった方はいますか いない いる (続柄 _____)

③ 自覚症状はありますか

なし

あり (↓↓↓複数回答可↓↓↓)

右乳房 左乳房 脇の下 しこり 痛み 乳頭分泌

その他 _____

④ 受診歴

今までに乳がん検診を受けたことはありますか なし あり

※ありの方

・前回 (受診年月) (_____ 年 _____ 月 _____ 日)

・受診機関 当クリニック その他 _____

・結果 異常なし 心配なし その他 _____

⑤ 月経

・周期 順調 不順

・最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日

・初潮 (_____ 才) ・閉経 (_____ 才)

⑥ 妊娠中ですか いいえ はい (妊娠 _____ ヶ月 出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

⑦ 妊娠・出産歴 *出産 (_____ 回) *妊娠 (_____ 回)

⑧ 授乳中ですか いいえ はい (1日 _____ 回)

※裏面もお願いいたします。

⑨ 既往歴

1) 乳腺の病気、又は指摘を受けたことがありますか なし あり

※ありの方

・年齢 (_____ 才時)

・診断 乳腺症 線維腺腫 乳腺炎 その他 _____

・受けた検査 マンモグラフィ 超音波検査 (エコー) 細胞診 組織診
その他 _____

・受けた治療 切除術 その他 _____

・現在は 通院治療中 通院経過観察中 通院していない

2) 婦人科の治療を受けたことがありますか なし あり

※ありの方

・年齢 (_____ 才時)

・診断 子宮筋腫 子宮内膜症 子宮頸がん その他 _____

・治療 手術 ホルモン治療 その他 _____

・現在は 通院治療中 通院経過観察中 通院していない

3) ホルモン剤を使用したことがありますか (経口避妊薬を含む)

なし あり

※ありの方

・年齢 (_____ 才時) ・薬剤名 (_____)

・使用期間 (_____)

4) その他、現在治療中又は過去に治療を受けた病気についてご記入してください。

・病名または症状 : (_____) 通院中 治療終了

・病名または症状 : (_____) 通院中 治療終了

※お薬手帳をお持ちでしたら診察の際にご提示ください。

その他、医師に相談したい症状はありますか？

なし あり (_____)

最後に、当クリニックをお知りになったきっかけ・受診のきっかけを教えてください。

インターネット検索 Facebook Twitter LINE Google+ ラジオ

クリニック看板 家族・知人の紹介 クリニックからのメール配信

他院からの紹介 (病院名: _____) 新聞/雑誌 (_____)

その他 (_____)

ご協力ありがとうございます。