

# 乳腺診療申し込み・問診

ID. NO.

記入年月日：平成 年 月 日

姓	名	生年月日
フリガナ		大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)

住 所	連絡先電話番号
〒	自宅
府・県（堺市・和泉市・市）	
区 台・町	携帯

\*下記の項目について診療に重要な参考となりますので、ご記入下さい。

●本日受診することになった主な症状は？

いつごろから？

どのような症状が？

{ } { }

●今までに乳腺の検診または診療を受けられたことがありますか？

何歳ごろ？

今までに受けられた検診・診療内容は？

{ } { }

●血縁者で、乳がんまたは卵巣がんのかたはいらっしゃいますか？

あり →

{ 母、祖母、叔母、いとこ：

なし

{ その方は何歳ぐらいで治療を受けられましたか？

歳頃

●出産は？

出産のある方 →

なし

{ ・出産回数：

・初産は何歳の時でしたか？

歳

●初潮・閉経時期についてお聞きします。（およそで結構です）

初潮 →

{ ( 歳頃)

閉経 →

{ ( 歳頃)

●更年期障害でホルモン治療を受けられたことがありますか？

あり →

{ くすり名・内服時期

なし

●不妊治療や豊胸術を受けられたことがありますか？

あり →

{ 歳頃

なし

{ どんな治療でしたか？

●今までにくすりや食べ物に対するアレルギーがありましたか？

あり →

{ くすりや食べ物の種類

なし

●現在内服中の薬がありますか？

{

●何で当院を知りましたか？

・広告（泉北コミュニティ・ホームページ） ・友人、知人の紹介 ・その他（

当院は、あなたの病歴を今後管理いたしますので、  
診察後お渡しします診察券を、来院される時は必ずご持参下さい。