乳腺外科　問診票

記入日: 20　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		男 女	生年月日	平・昭・大・明　　年　　月　　日	歳	既婚 未婚
職業		身長cm		体重kg		分院歴

【妊娠・出産についてお答えください】

Q. 現在妊娠していますか　　はい（現在妊娠　　ヵ月）・いいえ・不明

Q. 現在授乳中ですか　　はい・いいえ

Q. 妊娠回数（　　）回　　分娩回数（　　）回

□東葛辻仲病院
□アルト新橋クリニック
□辻仲柏クリニック
□つくばクリニック

本日の体温　　℃　　血圧　　／　　脈拍　　回／分

本日はどのような症状で来院されましたか　該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

・検診で要精査となった

・症状がある（痛み　しこり　分泌物）

どちら側（右　左　両方）

いつ頃から（　　）

その他症状があればお書きください

（　　）

2. 生理について

初潮:　　歳　　閉経:　　歳

一番最近の月経はいつからですか？（　　年　　月　　日 ～　　日間）

3. 既往歴

Q. 今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください

①高血圧　②糖尿病　③心臓病（不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全）　④前立腺肥大　⑤脳梗塞・脳出血

⑥緑内障　⑦肝臓病（___型肝炎）　⑧腎臓病　⑨喘息　⑩精神疾患　⑪がん（　　癌）

⑫その他（　　）

Q. 今までに手術を受けたことがありますか　[なし ・ あり]

病名:　　／手術を受けた時期（　　）

病名:　　／手術を受けた時期（　　）

Q. 血縁関係のあるご家族に乳癌の方がいますか？　いいえ　はい（　　）

Q. 豊胸手術を受けたことはありますか？　いいえ　はい

Q. ペースメーカーは入っていますか？　入っている　入っていない

Q. V-Pシャント（脳室-腹腔シャント）を受けていますか？　いいえ　はい

4. 現在の内服薬について

Q. 現在服用中のお薬はありますか [ある ・ ない]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

はい ・ いいえ

＊以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

Q. お薬手帳の持参はありますか [ある ・ ない]

5. アレルギーについて

Q. アレルギーはありますか　[なし ・ あり]

お薬（　　）

食べ物（　　）

局所麻酔薬（　　）

消毒薬（　　）

その他（　　）

6. 嗜好品について

タバコ：吸わない ・ 吸う（1日　　本）

飲酒：飲まない ・ 飲む（1日量:　　）

当院は個人情報の取り扱いについて細心の注意を払っています。上記の個人情報に関しましても、診療以外には使用いたしません。　2017.7

患者ID（　　）　□テンプレート入力　□プロファイル入力