

患者ID ()

乳腺外科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男	生年 月日	平・昭・大・明	年	月	日	歳
氏名		女						
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 カ月)・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. 今までに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:)
6. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？ いいえ はい 場所 () いつ ()	