

乳腺外科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ	男 女	生年月日	西暦	年	月	日	歳	既婚・未婚	
氏名									
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】								<input type="checkbox"/> 東葛辻仲病院 <input type="checkbox"/> アルト新橋クリニック <input type="checkbox"/> 辻仲柏クリニック <input type="checkbox"/> つくばクリニック	
Q. 現在妊娠していますか		いいえ・はい(現在妊娠 ヵ月)・不明							
Q. 現在授乳中ですか		いいえ・はい							
Q. 妊娠回数 () 回		分娩回数 () 回							

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 [なし・あり]

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 [なし・あり]

Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか

いいえ・はい

* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください

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:)

Q. お薬手帳の持参はありますか [なし・あり]

6. 1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 ()

7. 新型コロナウイルス感染症にかかった事がありますか?

いいえ・はい いつ ()