

## 問診票

登録 No 生年月日 昭和・平成 年 月 日 歳  
氏名 性別 男・女 身長 cm 体重 kg

1. 本日、受診された理由はなんですか。

- 痛みがある ( 右・左 いつから : )  
しこりがある ( 右・左 いつから : )  
乳頭から分泌がある ( 右・左 いつから : )  
検診  
検診で異常があるといわれた  
定期受診  
その他の理由 ( )

2. 今までに次のような病気をしたり、手術や治療を受けたことがありますか。

- ない ある 乳腺の病気( )  
婦人科の病気( )  
その他の病気( )  
ホルモン治療( )

3. あなたの家族、親戚の方で次の病気にかかった方はみえますか。

- 乳がん ない ある ( 祖母・母・姉妹・娘・おば )  
その他のがん ない ある ( )

4. 生理についてお尋ねします。

最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 ) ( 順・不順 )  
閉経 ( ) 歳

5. 妊娠についてお尋ねします。

妊娠中 予定日 年 月 日 妊娠していない わからない

6. 豊胸術をしていますか。

なし あり

6. 現在、常用している薬がありますか。

ない ある

( )

7. 薬や食べ物などのアレルギーはありますか。

ない ある

( )

かとう乳腺クリニック