

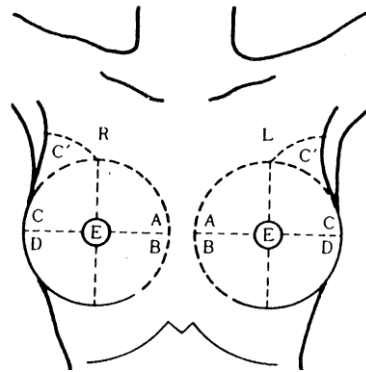
ふりがな 氏名:	男・女	生年月日:T・S・H	年	月	日	才	職業
	Tel: 自宅()・無) 携帯()・無)						
〒: —	住所:						
本日の診療でのご希望は有ますか? (検査等)							

○乳房の事で気になっている症状は何はですか?

しこり・皮膚の凹み・ひきつれ・痛み・乳頭からの出血や分泌物・その他()

いつ頃気づきましたか? (日前から) ・ (ヶ月前から)

気づいてからの大きさは?(大きくなった・小さくなった・変わらない)



その場所を右図に○印を記入してください。

○今までに他院で乳がん検診・乳房の診察・検査や手術を受けたことが有ますか?

無・有 → いつ頃ですか? H 年 月頃 他院の名称は?()

その結果は? 異常なし 異常あり →病名は?()

*手術をされた場合 手術名は?()

○月経について:初潮()才

有:一番最近の生理は ()月()日から約()日間

無:()才頃からない :理由は?(閉経・病気→病名? →手術名?)

○月経周期に関連した乳房痛、乳房の緊張感は有ますか? 無・有

○結婚について

未婚 既婚→初婚年齢:()才/離別・死別()才

○出産について:()回出産 初産年齢:()才

乳汁分泌:良・不良 栄養方法:母乳・混合・人工

ピルの使用:無・有→期間()

裏に続く

○ホルモン補充療法をしたことが有りますか？ 無・有→()才の時 理由()

○豊胸術はされたことは有りますか？ 無・有 →()才の時

○婦人科の手術を受けたことが有りますか？ 無・有 →病名は？()

○癌にかかったことが有りますか？ 無・有→どこの癌ですか？()

一般用問診票

過去にかかられた病気は有りますか？ はい・いいえ	病名は？ 手術をされた場合どのような手術？
現在他の病院等に通院されていますか？ はい・いいえ	病名<何科でも>： お薬手帳やリストはお持ちですか？ はい・いいえ
薬・造影剤・食べ物のアレルギーは有りますか？ はい・いいえ	薬は？： 食べ物は？： 造影剤アレルギーですか はい・いいえ
喫煙は？ はい・いいえ	本/日 (喫煙歴 年)
飲酒は？ はい・いいえ	①週4回以上 ②週2-3回 ③月2-4回 ④機会飲酒
血縁関係の方で癌の方はいますか？ はい・いいえ	どなたですか？ どこの癌ですか？乳腺・胃・大腸・肺・子宮・()
妊娠中又は妊娠の可能性 は有りますか？ はい・いいえ	はいの場合 マンモグラフィ撮影は相談の上判断致します

<よりよいクリニックのためにアンケートにご協力をお願いします>

◎このクリニックには、どのようにお越しになりましたか？

徒歩・自転車・バイク・車・バス・タクシー・その他()

◎このクリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

当院ホームページ/看板を見て/梁院長を知っていた

病院・医院からの紹介(病院名) /家族に聞いて/親戚・知人に聞いて

健康カレンダー/タウンページ/

◎その他、お気づきのことがあればご記入ください



りょうクリニック
RYO CLINIC - BREASTCARE -

ご記入ありがとうございました。