

乳腺外科・診療申し込み票

※診察前にご記入をお願い致します。

ツガナ

年 月 日

氏名 _____ 年齢 歳 体重 kg
 生年月日 (M・T・S・H 年 月 日) 身長 cm
 住所 _____ TEL ()

※該当する項目に ○ 印を付けてください。

① 紹介状をお持ちですか。 ・ある ・ない

② 今日はどんな症状で来院されましたか。

()
 胸にしこりがありますか はい ・ いいえ (はいの場合 右 ・ 左)
 乳頭から血や膿がでますか はい ・ いいえ (はいの場合 右 ・ 左)
 脇の下がはれていますか はい ・ いいえ (はいの場合 右 ・ 左)
 胸の痛みがありますか はい ・ いいえ (はいの場合 右 ・ 左)

③ 今回の症状はいつごろ自覚しましたか _____ 年 _____ 月ころ

④ (乳房に限らず) 今までにかかったことのある病気がありますか。

・高血圧 ・ぜんそく ・心臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・緑内障 ・その他 ()

⑤ ご家族の中で乳癌の方はいらっしゃいますか。

()

⑥ その他、ご家族の中で何か病気になられた方はいらっしゃいますか。

()

⑦ 現在結婚していますか はい ・ いいえ ・ 離別した

結婚して何年になりますか _____ 年

⑧ 生理について質問します

・初潮は何歳ですか _____ 歳
 ・閉経は何歳ですか _____ 歳 自然閉経・手術に伴う閉経・ホルモン剤による閉経・その他
 ・最終月経はいつですか _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日
 ・周期はどのくらいですか、規則的ですか _____ 日型 規則的・不規則
 ・生理前に乳房の痛みおよび張りがありますか はい ・ いいえ
 ・妊娠したことはありますか、ある方は回数も はい (_____ 回) ・ いいえ
 ・<妊娠暦のある方のみ> その中で分娩は何回ですか (_____ 回)
 ・ホルモン剤(更年期障害など)の治療をしていましたか はい ・ いいえ
 (ホルモン剤の種類・名前)

その他、どんなことでもかまいませんので先生に聞きたいことをお書き下さい

()

個人情報の取り扱いについて

上記の内容は、当院「個人情報保護規定」により適切に管理いたします。
 当院での個人情報の利用は掲示等でお知らせした内容に限定して利用いたします。
 検査内容などは医師が必要と認めた項目で実施いたします。
 上記の内容を確認同意の上、診療を申し込みます。