



あおもりベイクリニック

乳腺外科問診票

ID _____

ふりがな _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

お名前 _____

ご自宅
電話番号 _____

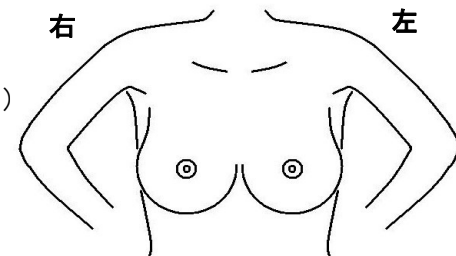
生年月日 T・S・H・R 年 月 日

携帯電話
電話番号 _____

ご住所 _____

※わかる範囲で、ご記入をお願いします。

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？
しこり・痛み・乳汁分泌・検診・その他（ ）
それはいつ頃からですか？（ ）頃から
2. 右の絵に自覚症状のある部分を丸印でご記入下さい。
3. 今までに乳がん検診を受けたことはございますか？
☐ いいえ ☐ はい 今までの健診回数（ ）回 最終検診日（平成/令和____年____月頃）
4. 今までに乳腺の病気を指摘されたことはございますか？
☐ いいえ ☐ はい（ ）例）乳腺症など
5. 血のつながった方で、ガンと診断された方はございますか？
☐ いいえ ☐ はい（ ）例）父が大腸がんなど
6. 初潮と閉経はいつ頃ですか？
初潮：____歳頃 閉経：____歳頃
7. 最近生理が来たのはいつ頃ですか？
（ ）頃
8. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はございますか？
☐ いいえ ☐ はい（現在____週目）
9. 現在授乳中ですか？
☐ いいえ ☐ はい
10. 妊娠・出産の経験はございますか？
☐ いいえ ☐ はい（出産回数：____回）（授乳歴 あり・なし）
11. 現在お飲みになっているお薬はございますか？（ピルも含む）
☐ いいえ ☐ はい（ ）
12. ペースメーカーは入っていますか？
☐ いいえ ☐ はい
13. その他、前胸部にチューブが入っていますか？（くも膜下後のシャントチューブなど）
☐ いいえ ☐ はい
14. 豊胸手術をしていますか？
☐ いいえ ☐ はい



当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。