

乳腺外来の患者様 問診票

お名前	昭和・平成 年 月 日生まれ			
		年齢	歳	保険	社会保険・国保
ご住所	〒		ご連絡先	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話	

1. どんな症状ですか？

- しこりに気づいた 乳房に痛みがあった 乳房が張る感じがした
乳頭から分泌物が出た 乳頭にタダレがある 症状はないが乳がんが心配
乳がん検診の再検査 その他（具体的に ）

2. いつからですか？

平成 年 月 日 午前・午後 時頃から

3. 症状は

- しだいに重く(酷く)なってきた しだいに軽く(楽に)なってきた ずっと変わらない

4. 血のつながりのある親族に乳がんの方がいますか？

- いいえ はい 続柄()

5. 今までに乳房の病気にかかったことはありますか？

- いいえ はい 疾患名()

6. 現在妊娠していますか？また、その可能性はありますか？

- いいえ はい 妊娠()ヶ月

7. 当クリニックをどこでお知りになりましたか？

- 知人の紹介 ホームページ 電柱看板 野立て看板 お住まいの近所
新聞折込 雑誌・書籍 その他()