

乳腺（乳房）疾患問診用紙

--	--	--	--	--

記入年月日 西暦 20 年 月 日

フリガナ

お名前 _____

生年月日 昭 平 令 年 月 日 歳 TEL

住所 〒 _____

- あなたが来院した理由はどれでしょうか
・ しこりがある ・ 乳房が痛む ・ 乳房がはる ・ 乳首から分泌物がある
・ 乳首の変形 ・ 脇の下の痛みやしこり ・ 検診やドックで異常を指摘された
・ 以前に指摘された病変をまた検査するため
・ その他 ()
- どちら側に症状がありますか
・ 右 ・ 左 ・ 両方
- あなたの症状はいつ頃から始まりましたか。
年 月 日から、あるいは 前から
- 今まで乳房の病気をされたことがありますか。
・ なし ・ あり (病名)
- 母親や姉妹で乳癌の方はいますか。
・ なし ・ あり ()
- 月経 ・ あり ・ 閉経した (歳) ・ 妊娠・授乳中で無月経
出産経験: ・ なし ・ あり (人)
- 現在治療している病気はありますか
・ ない ・ ある (病名)
- 毎日服用している薬はありますか
・ ない ・ ある
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか
・ 同意する ・ 同意しない

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。