

みちした乳腺クリニック 初診受付・問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな：	生年月日
		大正 昭和 年 月 日 平成
連絡先	〒	自宅電話：() - 携帯電話：() -

1. いつからどんな症状がありますか？

- ・しこりがある 無・有 (右 ・ 左 年 月頃から)
- ・痛みがある 無・有 (右 ・ 左 年 月頃から)
- ・その他 (年 月頃から)

2. マンモグラフィについて

- ・今までにマンモグラフィを受けたことがありますか？ 無・有 (年 月頃)
- ・豊胸術：無・有
- ・ペースメーカー：無・有

3. 月経・妊娠について

- ・初潮： 歳頃 (最終月経 月 日頃 順調 ・ 不順)
- ・閉経： 歳頃
- ・現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？ (はい ・ いいえ)
- ・現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

4. 今までに病気や大きなけがをしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

____ 歳頃 病名
____ 歳頃 病名

5. 薬や注射でアレルギーを起こしたことはありませんか？

ない ・ ある (薬剤名：)

6. ご家族で『乳がん・卵巣がん』にかかられた人はいますか？ (はい ・ いいえ)

7. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページ
- 駅広告
- 当院のチラシ・パンフレット
- ご家族・ご友人
- かかりつけの病院・先生からの紹介
- その他 ()
- 当クリニックビル看板

ご記入ありがとうございました。