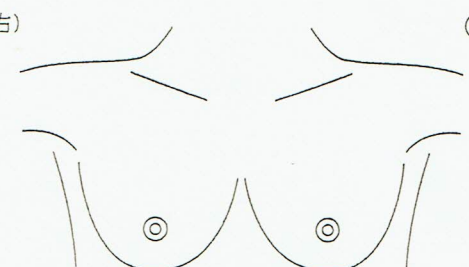


# 問 診 表

フリガナ				大正				・既婚 ・未婚
氏名	様	生年月日	昭和	年	月	日	(才)	
住所	〒							
電話	① ( ) -		②		-		-	

問診事項 下記の欄であてはまる番号を○で囲み、空欄に必要事項を記入して下さい。					
1	乳房に何か症状がありますか	1.ない	※ 症状がない場合、検診扱いとなり全額自己負担になります		
		2.ある	1.しこり 2.痛み 3.はり 4.重苦感 5.変形 6.異常乳汁分泌 7.違和感 8.赤み 9.かゆみ 10.その他( )		
	症状のある場所にマークをお付けください (いつから: )  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>(右)</span>  <span>(左)</span> </div>				
2	今までかかった病気 (乳腺以外で、病名)	1.なし	2.ある	1.高血圧 2.糖尿病 3.不整脈 4.その他 ( )	
3	現在、使用している薬はありますか	1.なし	2.ある	薬の名前 薬の名前 精神安定剤の服用( ) ホルモン剤の服用( )	
4	乳がん検診を受けたことがありますか	1.ない	2.ある	いつ頃 年 月 触診・エコー・マンモグラフィー 市民検診 または 受診施設名( )	
5	現在、妊娠中ですか	1.いいえ	2.はい	(妊娠 月)	
	現在、授乳中ですか	1.いいえ	2.はい	(授乳 月)	
	卒乳して6ヶ月未満ですか	1.いいえ	2.はい	(卒乳 月)	
6	家族(血縁者)が乳がんにかかったことがありますか	1.ない	2.ある	1.母親 2.姉・妹 3.娘 4.祖母 5.叔母・伯母 6.その他( )	
7	乳房の病気で手術を受けたことがありますか	1.ない	2.ある	1.左 2.右 1.乳がん 2.乳腺症 3.線維線種 4.乳腺炎 5.その他( ) 手術を受けた時期 年 病院名( )	
8	乳房の美容整形を受けたことがありますか	1.ない	2.ある	受けた時期 年 病院名( )	
9	仙台乳腺クリニックを何で知りましたか	1.紹介状 2.タウンページ 3.知人 4.インターネット 5.新聞・雑誌 6.その他( )			