

乳 腺 疾 患 初 診 申 込 書

体温 _____ °C

ふりがな

お名前 _____ 男・女 _____ 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所 〒 _____

電話番号 _____

携帯電話 _____

(緊急の際のご連絡先になります。よろしければご記入ください)

① 今日はどうされましたか？ いつからどのような症状がありますか？

(_____)

② 他の医療機関にかかっていますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(施設名: _____ 病名: _____)

③ 何かお薬を飲んでいますか？ いいえ・はい(薬の名前: _____)

※お薬手帳をお持ちの方は薬の名前の記入は不要ですので、受付にお出し下さい。

④ お薬や食べ物などにアレルギーはありますか？ いいえ・はい(_____)

⑤ 苦手な薬はありますか？ なし・ある(粉薬・錠剤・漢方・その他(_____)

⑥ 今まで大きな病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(病名: _____)

⑧ 血縁者(祖父母・父母)に癌の方がみえますか？ いいえ・はい(_____)

⑨ 今までに「眼圧が高い」・「緑内障」と言われたことがありますか？ ない・ある

今までに「不整脈」があると言われた事がありますか？ ない・ある 病名(_____) ・ 不明

⑩ (女性の方に)現在妊娠をされていますか？ いいえ・はい(_____ 週目)

⑪ 妊娠・出産に関してお答えください。 妊娠: _____ 回 出産: _____ 回

⑫ 出産された方はお答えください。 母乳は十分出た・母乳は少なかった・その他(_____)

⑩ 月経に関してお答えください。

定期的・不順(最終月経: _____ 月 _____ 日 日間)・閉経(_____ 歳頃)

⑪ 今までに乳がん検診を受けた事がありますか？ いいえ・はい

「はい」の場合(_____ 年 _____ 月頃 結果は:マンモグラフィー・超音波: _____)

⑫ 当院を何でお知りになりましたか？

1.知人の紹介 2.インターネット 3.タウンページ 4.雑誌(_____)

5.看板 6.通り道 7.その他(_____)