

【問診票】

R5.4 品川プレストクリニック作成(2304-002)

〒
ご住所：

日中の連絡先：（ ） ー

緊急時連絡先：（ ） ー (氏名(カナ)：) ご関係： ()

生年月日： 昭和・平成 年 月 日

フリガナ：

氏名： 様 (歳) (女性・男性)

日付をご記入ください： 年 月 日 ID： _____

①本日はどのような内容ですか？○をつけてください。★★紹介状や健康診断の結果表は受付へご提出ください。

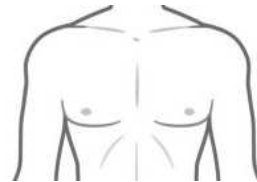
- () 乳がんドック(自覚症状はなく、乳がんのチェックを希望) () 子宮頸がん検診
() 健康診断や乳がんドックの結果について相談したい () 他院からの紹介
() 乳房に痛みがある () 乳房にしこりがある () 乳頭から分泌物がある
() その他の症状： _____

(1) 左右どちらの胸ですか？

() みぎ () ひだり

(3) 症状がある箇所に○をつけて下さい。

右 左



(2) いつから症状が出ましたか？

③過去に乳腺の検査を受けたことはありますか？

ない・ある (最後に受けたのは 年 月頃 または 約 年前)

検査の種類 (視触診・マンモグラフィ・超音波・MRI・針生検)

④今までにかかった病気や受けた治療に○を付けて下さい。

- ・□特になし
- ・甲状腺の病気： □甲状腺機能亢進症 □甲状腺機能低下症 □甲状腺腫瘍
- ・泌尿器の病気： □前立腺肥大症 □前立腺癌 □精巣腫瘍 □副腎腫瘍
- ・内科の病気： □気管支喘息 □糖尿病 □高血圧症 □高脂血症 □肝疾患 □心疾患 □腎疾患
- ・手術歴： □ペースメーカー □脳室-腹腔シャント □放射線治療
- ・その他： _____

⑤血縁者に乳がん・卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

いない・いる (どなたですか？： _____)

⑥薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない・ある (食品名・薬品名： _____)

⑦当クリニックを知ったきっかけは？

他院から紹介・知人から紹介・インターネット・広告・ご近所・その他 ()