問　診　票

受診日　　年　　月　　日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年　月　日生	年　齢	体　重
					歳	Kg
住所	〒　　-					
	☎　　（　　）					
	携帯番号　　（　　）					

下記□に✔、○を付けてください。

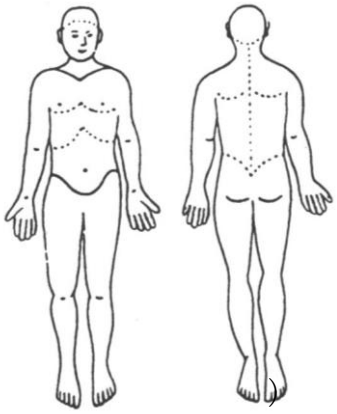
1.今回はどんなことで来院されましたか。

主要症状、あるいは定期検診などお書き下さい。

□他医からの（紹介・検査）依頼により

□健康診断再検査（　　）

□



症状のある箇所に○をお付けください

2.上記症状はいつ頃からありますか。

またきっかけはありましたか。

□昨日　□２・３・４・５日前　□１・２・３・４週間位前

□1ヶ月前　□その他（　　）

3.今までかかったことのある病気、または現在治療中の病気がありますか。

□なし　□あり

□高血圧症　□糖尿病　□脂質異常症　□慢性腎臓病　□悪性腫瘍（　　）

□脳梗塞　□その他（　　）

4.薬のアレルギー、またアレルギー体質があればお書き下さい。

□なし　□あり

□薬（抗生物質、かぜ薬、解熱・鎮痛薬、局所麻酔薬、造影剤、その他（　　））

□食物（　　）　□花粉症（　　）　□ハウスダスト

□動物（　　）　□その他（　　）

5.その他、知らせておきたいことはありますか。

6.当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。

□以前より診察を受けている

□医療機関よりの紹介

□評判を聞いて（友人・知人の紹介）

□広告を見て（タウンページ・インターネット・看板・その他（　　））

□自宅・職場より近いので

□その他（　　）

医療法人 豊仁会 三井病院

記入日：西暦　　年　　月　　日

乳腺センター　問診票

患者様 ID

氏名

確実にご連絡を差し上げるため　差し支えなければ
固定電話以外の携帯番号などを教えてください。

TEL

【1】初潮年齢　　歳　　閉経年齢　　歳

最終月経　　年　　月　　日から　　日間　　月経周期：順調　　・不順

【2】妊婦回数　　回　　分娩回数　　回　　最終妊婦　　歳

授乳（母乳保育）で育てたことがありますか？　はい　・　いいえ

【3】乳頭から分泌物は出ますか？　はい　・　いいえ

分泌物が出る方に伺います　・どちら側から出ますか？　右乳　・　左乳

・分泌物の色を教えてください

≪　透明　・　白　・　ピンク　・　血性　・　その他（　　）≫

【4】以前に乳房の異常を健診や診察で指摘されたことがありますか？　はい　・　いいえ

「はい」とお答えの方にうかがいます。

・いつ・どこで　　年頃（　当院　・　他院　・　健診　）

・何と診断されましたか？・・・

【5】父方母方に関わらず**父・母・祖父母・伯父・叔母・甥・姪・孫までの血縁者**について
うかがいますので、わかる範囲で構いませんのでお答えください。

また不明なところは空欄でお願いします。

・乳癌と診断された方は、いらっしゃいますか？
またご本人様との関係を教えてください。

はい（　　）・　いいえ

≪「はい」とお答えの方は以下の質問にお答えください。≫

①45 歳以下で乳癌を発症した方はいますか？	はい　・　いいえ
②発病年齢問わず　卵巣癌の方はいますか？	はい　・　いいえ
③お一人の方が時期を問わず両側乳癌を発症したことがありますか？	はい　・　いいえ
④男性の方で乳癌を発症された方はいますか？	はい　・　いいえ
⑤「トリプルネガティブの乳癌」と診断された方はいらっしゃいますか？	はい　・　いいえ

【6】血縁者の方で　乳癌以外の癌と診断された方はいらっしゃいますか。　はい　・　いいえ

はいとお答えの場合　差し支えなければその病名とご本人様とのご関係をご記入ください。

（　　）　ご協力ありがとうございました。

医療法人豊仁会　川越三井病院