

診 察 申 込 書 乳 腺

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
氏 名					()	才	
住 所	〒 —			TEL	—	—	
				携帯	—	—	

問診票

<p>(1) 症状について簡単にお答えください。 ・どのような症状ですか？</p> <p>・いつ頃からですか？</p>
<p>(2) 家族歴について 未婚 既婚 ・子供()人 / 子供の年齢()</p>
<p>(3) 月経について 最終月経(月 日～ 日間) ・ 閉経年齢()歳</p>
<p>(4) 乳がんの家族歴 なし あり (実母 ・ 実姉妹 ・ 娘 ・ 祖母 ・)</p>
<p>(5) 授乳中ですか？ はい いいえ</p>
<p>(6) (女性の方) 現在、妊娠またはその可能性がありますか？ はい いいえ</p>
<p>(7) 現在、診察を受けたり、薬を飲んだりしていますか？ はい いいえ</p> <p>はいと答えた方 使用中の薬が分かる物がありますか？ (薬手帳 ・ 薬剤情報提供書 ・ 薬持参)</p> <p style="text-align: center;">持参している物が無い方は下記の欄に記入をお願いします。</p> <p>病 院 名 ()</p> <p>薬 の 名 前 ()</p>
<p>(8) 今まで病気やけがで入院や、手術・輸血をしたことがありますか？ はい いいえ</p>
<p>(9) 過去に薬や注射で発疹が出るなど身体に異常が起きたことがありますか？ はい いいえ</p> <p style="text-align: right;">()</p>
<p>(10) あなたはアレルギー体質と言われた事がありますか？ はい () いいえ</p>

※ 上記の中で「はい」と答えた方は、診察のとき医師に詳しくお話をください。

ご記入いただいた個人情報につきましては、別紙“個人情報の利用目的”の範囲内で取り扱います。ご記入ありがとうございました。