

カルテ No.

記入日 年 月 日

伊藤メディカルクリニック 問診表 乳腺

ふりがな

お名前：.....身長 c m 体重 k g

ご住所：.....

お電話番号：(自宅).....電話連絡 可 ・ 不可

(携帯).....電話連絡 可 ・ 不可

生年月日：T S H年月日 生まれ年齢歳

<自覚症状>

- ①しこり (右・左) ②痛み (右・左) ③乳頭からの分泌物
④その他 ()

<月経について>

・一番最近の生理の始まった日は月日から日間

・初経歳 閉経歳

・月経について

①周期(整日周期・不順) ②量(多い・普通・少ない) ③痛み(無・普通・痛い・激痛)

・月経前の身体症状は(無・だるい・下腹部痛・頭痛・腰痛・吐気・むくみ・肩こり)

<妊娠、出産について>

・妊娠回 ・ お子さん人 (最終分娩年月)

・現在授乳(有・無)

<既往歴>

- ・乳腺の病気 無・有 (病名：.....)
・乳房の手術 無・有 (病名：.....)
・その他の病気 無・有 (病名：.....)
・手術(子宮・卵巣) 無・有 (病名：.....)
・ホルモン治療 無・有
・豊胸手術 無・有 (年齢歳)
・放射線治療 無・有

<家族歴>

・乳がん 無・有 (祖母・母・姉妹・娘)

<当院を何でお知りになりましたか？>

・ネット ・ 紹介 ・ その他 (.....)

※未記入欄がないようにご記入ください。

ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。