

乳腺外来問診票

〔受診日〕平成 年 月 日 新

フリガナ () 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 才
 氏名
 (〒 -) 住所 都道府県 市郡 区町
 電話番号(自宅) - - 身長 cm
 電話番号(携帯) - - 体重 kg
 Mail アドレス() 今後メールでのお知らせなど希望されますか(はい・いいえ)
 ※ メールアドレスを登録して頂くと、2週間以内に登録通知メールが届きます。もし届かない場合には、お手数ですが
 ヨヤクル(予約システム)のプロフィールにて、アドレスが正しいかどうかご確認下さい

※ 下記の質問にお答え下さい。

1. 該当する箇所に○をつけてください。

- しこりがある 右() 左() → いつ頃から ()
 痛みがある 右() 左() → いつ頃から ()
 生理周期に関係 (有・無)
 かゆみがある 右() 左() → いつ頃から ()
 乳頭から分泌物が出る 右() 左() → 色・頻度 ()
 いつ頃から ()
 今までにかかった乳腺の疾患があれば、ご記入ください。 (右・左 :)
 他の病院で乳房の手術を受けたことがありますか? はい・いいえ
 はいの方 → 何年前・診断名 () 年前
 血縁者の中に乳癌と診断された方はいますか? はい・いいえ
 はいの方 → どなた・何歳時・ご健在の有無 ()
 例:(叔母、50歳、55歳で死亡)
 今までに乳がん検診を受けたことがありますか? はい・いいえ
 はいの方 → 何年前・病院もしくは施設名・検診結果 () 年前
 (検診結果 : 異常なし or)

2. 最終月経についてお答えください。

(平成 年 月 日 ~ 日間) ・ 閉経 ・ 後妊娠 回 ・ 出産 回(断乳後1年以内 ・ 現在授乳中)

3. 月経周期は規則的ですか? はい・いいえ

4. ホルモン治療をしたことがありますか? はい・いいえ (薬剤名:)

5. 今までにかかった乳腺以外の疾患があれば、ご記入ください。

()

6. 現在、内服している薬がありましたら、ご記入ください。

()

7. 嗜好品についてお答えください。

お酒:() 才より 1日 () たばこ:() 才より 1日 () 本)

8. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? はい・いいえ

はいの方 → 薬・食べ物の内容 ()

9. 血がサラサラになる薬を内服してありますか? はい・いいえ (薬剤名:)

10. 妊娠中または現在妊娠の可能性はありますか? はい・いいえ

11. ペースメーカーや脳外科の手術をしたことがありますか? はい・いいえ

12. 豊胸手術を受けたことがありますか? はい・いいえ

はいの方 → 右() 左() → 時期・内容()

例:(5年前、生理食塩水バッグ)

※10~12がはいの場合、マンモグラフィーは原則では受けられません。

ご協力ありがとうございました。

《今後のサービス向上を図る上で、アンケートにご協力ください》

● LUNAグループに受診された事ありますか? (はい・いいえ)

当クリニックは、何で知りましたか? 当てはまる箇所を○で囲んでください。〈複数回答可〉

- ・ インターネット検索
- ・ ウェブサイト(サイト名:)
- ・ 他の病院やクリニックより紹介
- ・ 雑誌、新聞(雑誌名:)
- ・ テレビ(番組名:)
- ・ 知り合いからの紹介(友人知人、家族)
- ・ たまたま通りかかって
- ・ SNS (Facebook 、 Twitter 、 Instagram 、 アメブロ)
- ・ その他()

ご協力ありがとうございました。

写真撮影について 病状変化を経時的に把握するために写真撮影を行う場合があります。プライバシー保護に関しては、下記に準じます。

《当院でのプライバシーポリシーについて》LUNA骨盤底トータルサポートクリニックは診察に際して得た個人情報を第三者に提供はいたしません。ただし、当院から直接患者様へ新たな外来受診や検査の開始等の患者様に有益と思われる情報をお届けすることはあります。また、女性医療発展のため学術学会・論文・講演会・ホームページ・出版する本などに個人情報を使用する場合があります。この場合は個人が特定できないよう細心の注意を払い患者様のプライバシーをお守りします。