

問診票

記入日： 20 年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名		西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	身長 cm 体重 kg
		喫煙歴 (約 本/1日 年)	
<p>本日はどうなさいましたか 当てはまるものにチェックをつけてください</p> <p><input type="checkbox"/>子宮がん検診 <input type="checkbox"/>横浜市子宮がん検診</p> <p>最後に子宮がん検診を受けたのはいつですか (年 月頃)</p> <p><input type="checkbox"/>外陰部のできもの <input type="checkbox"/>陰部の痛み</p> <p><input type="checkbox"/>おりものの異常 (<input type="checkbox"/>におい <input type="checkbox"/>かゆみ <input type="checkbox"/>量が多い <input type="checkbox"/>その他)</p> <p><input type="checkbox"/>更年期症状 (具体的に イライラ・ほてり等)</p> <p><input type="checkbox"/>生理痛 <input type="checkbox"/>下腹部痛 <input type="checkbox"/>生理不順 <input type="checkbox"/>不正出血 (それはいつですか)</p> <p><input type="checkbox"/>膀胱症状 (<input type="checkbox"/>排尿痛 <input type="checkbox"/>残尿感 <input type="checkbox"/>トイレに行く回数が多い) <input type="checkbox"/>子宮が下がってくる</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠 (<input type="checkbox"/>自分で妊娠判定で陽性) <input type="checkbox"/>不妊の相談</p> <p><input type="checkbox"/>低用量ピルの相談 <input type="checkbox"/>避妊の相談 (<input type="checkbox"/>アフターピル <input type="checkbox"/>ミレーナ) <input type="checkbox"/>プラセンタ注射</p> <p><input type="checkbox"/>月経移動 (避けた日 / ~ /)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p>			
<p>月経について</p> <p>最終月経 (年 月 日から 日間) 閉経 (歳)</p> <p>月経周期 (<input type="checkbox"/>順調 日周期 <input type="checkbox"/>不順)</p> <p>結婚はしていますか <input type="checkbox"/>未婚 <input type="checkbox"/>既婚 性交経験はありますか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>妊娠 (回) 分娩 (回) 流産 (回)</p> <p>*これまでの妊娠、出産で特別指摘されたことや医師にお伝えしたいことがあれば具体的にご記入ください。</p> <p>()</p>			
<p>今までに手術や治療をされた方は記入して下さい</p> <p>年 月頃 / 診断名</p>			
<p>現在、治療中の病気のある方は記入して下さい</p> <p>()</p> <p>現在、飲んでいるお薬、サプリのある方は記入して下さい</p> <p>()</p>			
<p>アレルギーのある方は記入してください (薬・食べ物)</p> <p>()</p>			
<p>ご家族で下記の病気の方がいらっしゃる方は記入して下さい (それはどなたですか?)</p> <p><input type="checkbox"/>子宮がん () <input type="checkbox"/>卵巣がん () <input type="checkbox"/>乳がん ()</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 () <input type="checkbox"/>高血圧 ()</p>			

問診票

記入日： 20 年 月 日

フリガナ		生年月日	
氏名		西暦	年 月 日 (歳)
住所	〒		
電話番号	自宅	携帯	身長 cm 体重 kg

本日はどうなさいましたか 当てはまるものにチェックをつけてください

乳がん検診 (乳腺エコーのみ 自費3,000円)

横浜市乳がん検診 (触診のみ)

乳房に異常がある

しこりがある (右・左) 痛みがある (右・左)

かゆみがある (右・左) 分泌物が出る (右・左 / 何色ですか?)

その他 (具体的に)

最後に乳がん検診を受けたのはいつですか

マンモグラフィー (年 月頃) 乳腺超音波検査 (年 月頃)

受けたことがない 覚えていない

今までにかかった乳房の病気や手術をされた方は記入して下さい

乳がん (年 月頃 / 右・左 / 部分切除・全摘)

乳房良性疾患 (年 月頃 / 右・左 / 診断名)

その他 (年 月頃 / 右・左 / 診断名)

ご家族で下記の病気の方はいらっしゃいますか？また、それはどなたが何歳頃ですか？

乳がん (歳頃) (歳頃)

子宮がん (歳頃) (歳頃)

卵巣がん (歳頃) (歳頃)

膵臓がん (歳頃) (歳頃)

かなこレディースクリニック金沢文庫