

診療申込・問診表

平成 年 月 日

御名前：

御住所：(〒 -)

電話番号：

1、今日はどうなさいましたか？

2、現在、治療中の病気はありますか？

(I) はい

① 歳～ 歳まで (治療中・治癒) 病名：

② 歳～ 歳まで (治療中・治癒) 病名：

③ 歳～ 歳まで (治療中・治癒) 病名：

(II) いいえ

3、現在、飲んでるいる薬はありますか？

(I) はい

① 歳～ 歳まで (治療中・治癒) 病名：

② 歳～ 歳まで (治療中・治癒) 病名：

③ 歳～ 歳まで (治療中・治癒) 病名：

(II) いいえ

4、手術を受けたご経験はありますか？

(I) はい

① 歳の時 病名：

② 歳の時 病名：

③ 歳の時 病名：

5、今まで食べ物や薬・注射等で発疹などがでたことがありますか？

(I) はい ()

(II) いいえ

6、たばこを吸う習慣はありますか？

(Ⅰ) はい (Ⅱ) いいえ (Ⅲ) やめた () 年前

(Ⅰ) と (Ⅲ) の方に伺います…吸った期間 () 歳～ () 歳、1日 () 本

7、お酒を飲みますか？

(Ⅰ) ほぼ毎日飲む (Ⅱ) ときどき (Ⅲ) やめた () 年前

(Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) の方に伺います。

⇒1日平均すると () を () 本・杯くらい

8、女性の方にお伺いします。

(Ⅰ) はい (Ⅱ) いいえ (Ⅲ) 妊娠中 () 週

最終月経 年 月 日

★ご記入していただいた情報は、診療以外には使用致しません。

<ご協力ありがとうございました>

当院は予約なしで乳腺エコー検査を実施しておりますので待ち時間が非常に長くなる場合がございます。ご了承下さい。