



(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		

※ 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()
- 豊胸手術を受けたことがある 右()左() → 時期・内容()
例) (5年前、生理食塩水バッグ)
- 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
- 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) もしくは (閉経年齢 才)

3. 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。

()

4. 現在、内服している薬がありましたら、ご記入ください。

()
血がサラサラになる薬を内服していますか? はい・いいえ ()

5. 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)

6. 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 ()

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

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〉

- ① インターネット検索 (当院HP ・ googleの広告 ・ yahoo等の広告)
- ② 他の病院やクリニックより紹介
- ③ 雑誌 (雑誌名:)
- ④ テレビ (番組名:)
- ⑤ 知人・友人・家族の紹介
- ⑥ たまたま、通りかかって
- ⑦ その他 ()

《 当院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療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、LUNA骨盤底トータルサポートクリニックから直接患者様への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、女性医療発展の為に学会論文・好悪宴会・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守ります。