

ID _____

日付 年 月 日

<問 診 表>

お名前 _____ 生年月日(年 月 日生まれ)

■ 気になる症状はありますか？ (あり ・ なし)

症状のある方 いつから()
部 位()
症 状()

■ ご家族でがんにかかった方はいますか？ (はい ・ いいえ)

はいの方にお聞きます。どなたが何(病名)にかかりましたか？

()

■ 現在妊娠されている、または妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

■ 最終月経はいつですか？

・ (____ 月 ____ 日 ~ ____ 月 ____ 日 まで)
・ 閉経 ____ 歳 (自然 ・ 手術)

■ 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

■ たばこは吸いますか？

・吸ったことがない
・吸っている (1日 ____ 本、喫煙歴 ____ 年)
・禁煙した (1日 ____ 本を ____ 年間、 ____ 歳から禁煙)

■ 飲酒しますか？ (飲む ・ 飲まない ・ 時々)

・お酒の種類 _____ を1日 ____ ml程度
・頻度 (毎日 ・ 週 ____ 回程度 ・ 月 ____ 回程度)

■ 治療中の病気・手術歴はありますか？ (あり ・ なし)

病名・手術名 ()

■ 服用されている薬はありますか？ (あり ・ なし) ※点眼・外用薬もあればご記入ください。

薬の名前・種類 ()
お薬手帳の持参 (あり ・ なし)

■ サプリメントは服用していますか？ (あり ・ なし)

名 称 ()