

乳腺科・甲状腺科 問診表

ID()

年 月 日

氏名 ()

1. 今日の症状は下記のうちのどれですか？○をつけてください。

() 乳房のしこり

() 乳房の痛み

() 乳頭の分泌物

() 乳がん検診

() 甲状腺の異常(首の腫れ・しこり・ホルモン異常など)

2. 妊娠中ですか？

はい ・ いいえ

3. 授乳中ですか？

はい ・ いいえ

4. 現在内服中のお薬について、前回の受診時と変更がある場合はお書きください。

()