

# 乳腺外科 問診票

お名前 ( ) 歳 20 年 月 日

身長 ( cm ) 、 体重 ( kg ) 、 来院時の体温 ( °C )

※住所に変更はありますか？ (あり  なし )

## 1. 本日の来院理由をお尋ねします

該当する項目の番号に○印をつけて質問にお答えください

① 気になる症状がある

いつからですか ( )

どちらの乳房ですか (右・左・両方)

どのような症状ですか ( )

② 乳癌検診を希望している

③ その他の理由で来院 (理由 : )

## 2. 月経についてお尋ねします

周期は ( ) 日型 (順調・不順) 現在妊娠中ですか (はい・いいえ)

最終月経は 月 日から 日間 閉経 ( ) 歳

## 3. 出産経験はありますか？

ない・あるー出産歴についてお尋ねします

( ) 歳 正常分娩・帝王切開 (母乳・混合・ミルク)

( ) 歳 正常分娩・帝王切開 (母乳・混合・ミルク)

( ) 歳 正常分娩・帝王切開 (母乳・混合・ミルク)

## 4. 授乳中に乳房のトラブルがありましたか？

ない・ある (右・左) 乳腺炎・その他

## 5. 乳腺疾患の既往がありますか？

ない・ある (乳腺症・乳腺線維腺腫)

## 6. 豊胸手術を受けたことがありますか？

ない・ある ( )

## 7. 今までに乳癌検診を受けたことがありますか？ (ない・ある)

あるに○印をつけた方 最後に受けたのはいつですか？ (20 年 月)

検診内容 (触診・マンモグラフィー・エコー)

## 8. 癌など悪性疾患と診断された場合でも、本人に告知をしています

告知を希望しない方は、代わりに説明を受ける方を記入してください

〔お名前 (続柄 : ) 連絡先 : ]

## 9. ご家族で乳癌と診断された方はいますか？ (はい・いいえ)

はいに○印をつけた方  母親  祖母  叔母  姉妹

## 10. 今まで大きな病気をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

はいに○印をつけた方 いつ頃 : 病名 :

裏面もご記入ください。➡

11. 現在治療中の病気がありますか？（ない・ある）

あるに○印をつけた方 病名：

病院名：

お薬を飲んでいる方 薬名：

12. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？

（ない・ある→薬（ ）、食べ物（ ）、その他（ ））

原因となったもの、症状 など：

13. あなたは喫煙していますか？（いいえ・はい…1日 本）

14. あなたと同居しているご家族で喫煙される方はいますか？（いいえ・はい…1日 本）

15. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください

### マイナ保険証利用に関する問診

●マイナ保険証または資格確認書をお持ちですか？

（はい・いいえ）

はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか？（はい・いいえ）

●他の医療機関からの紹介状を持っていますか？（いいえ・はい）

●この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？

（はい・いいえ）

はいの場合→（受診時期：20 年 月頃）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。