乳腺外科　問診票

お名前　　（　　）歳　　20　　年　　月　　日

身 長（　　㎝）、 体 重（　　kg）、 来院時の体温（　　℃）

※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〇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→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 ）
   あるに〇印をつけた方　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 ）
   はいに〇印をつけた方　□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 ）
    はいに〇印をつけた方　いつ頃：　　病名：

20240510

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 ）
あるに〇印をつけた方　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。