

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 → 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 :

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。