

乳腺疾患 問診表

ID:

令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
住所	〒 -	自宅電話		
		携帯電話		
職業		勤務先		

\* 他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

\* 下記の質問についてお答えください。

1. 今日どのようなことで来院されましたか？（当てはまる項目に○をつけてください）

・症状が なし

ある：乳房のしこり・痛み・乳頭分泌・湿疹・腫れ・つっぱり感・その他（ ）

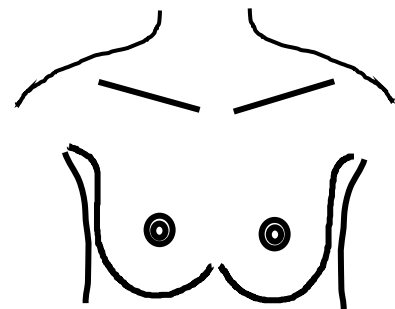
↳乳房のしこりの場合、気づいてからの大きさは

（大きくなった・変わらない・小さくなった）

・乳がん検診で異常指摘された

症状のある部位を下記の図に印をつけてください。

・その他 \_\_\_\_\_



2. いつごろからですか？（当てはまる項目に○をつけてください）

昨日、2-3日前、1週間前、1か月前、3か月前、半年前、1年前、不明

その他 \_\_\_\_\_

3. 今まで乳がん検診を受けたことはありますか。（ はい ・ いいえ ）

・いつごろ受けましたか（ 年 月頃）（ 病院・検診センター ）

・受けた内容（視触診・マンモグラフィ・エコー）

・結果はどうでしたか（異常なし・経過観察・精密検査・不明）

4. 以下についてお答えください

①妊娠の可能性はありますか（ 無・有 ）・妊娠中（ ）週

②閉経（ ）歳頃 一番最近の月経 月 日

③今後の妊娠の希望（ 無・有 ）④月経不順（ 無・有 ）

⑤妊娠・出産経験はありますか？ 妊娠（ ）回 出産（ ）回

⑥授乳中ですか（はい・いいえ） お子様は何歳か（ 歳 か月）

5. 豊胸手術をしていますか はい ・ いいえ

「はい」の方・・・当てはまる項目に○をつけてください

・バック（ 生食 ・ シリコン ） ・ヒアルロン酸 ・脂肪注入 ・その他

6. 身内の方で乳がんになった方はいますか

無 ・ 有 続柄（ 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ）

裏面も記入してください

7. これまでの病気についてお聞きします (当てはまる項目に○をつけてください)

- ・乳房の異常 ない・ある ( 歳の時: 病名 )
- ・婦人科の病気 ない・ある ( 歳の時: 病名 )
- ・他の病気 ない・ある  
心臓疾患・高血圧・糖尿病・喘息・精神疾患 その他 ( 歳の時: 病名 )

8. 現在内服中のお薬はありますか はい ・ いいえ

\* 内服している薬剤名を記載してください

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は直近1か月以内の処方を除き記載省略可能です。

( )

\* 血液をさらさらにする薬(抗凝固剤・抗血小板剤)は内服していますか はい ・ いいえ

\* お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

9. お薬や検査・アルコール・造影剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください \_\_\_\_\_

10. からだの中に埋め込まれているものはありますか はい ・ いいえ

「はい」の方・・・当てはまる項目に○をつけてください

- ・皮下埋め込み型ポート ・心臓ペースメーカー ・シャントチューブ
- ・その他 ( )

11. どのようにして当クリニックをお知りになりましたか? (当てはまる項目に○をつけてください)

- ・インターネット ・看板をみて ・雑誌・新聞
- ・他院からの紹介で(医療機関名: )
- ・家族・知人にすすめられ ・その他 \_\_\_\_\_

12. マイナンバーカードで受付した方にお聞きします。

マイナ保険による診療情報取得に同意しますか はい ・ いいえ

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いたします。

◇医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)・保険証のみ 4点 ・マイナ保険証利用した場合 2点

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。