**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・令和**  **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、受付窓口に提出してください**

**＊下記の質問についてお答えください。**

１．今日は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

**症状のある部位を下記の図に印をつけてください。**

・乳がん検診で異常指摘された

・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・・・当てはまる項目に〇をつけてください

　　　・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　**（当てはまる項目に〇をつけてください）**

・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、受付窓口に提出してください**

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・・・当てはまる項目に〇をつけてください

　　　・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？（当てはまる項目に〇をつけてください）

・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。

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人社団北和会　大通り乳腺・甲状腺クリニック