

乳腺外科 問診票

記入日
令和 年 月 日

ID: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

ふりがな _____ 男 生年月日 _____

氏名 _____ 女 大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所: _____ 電話番号: (自宅) _____ (携帯) _____

当クリニックは診療情報を取得・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。

■ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか? はい いいえ

■ この一年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか はい いいえ
いつ頃: _____ 指摘事項: _____

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか? なし あり（紹介元 _____）

■ 今回のような症状のため受診されましたか? その症状はいつ頃からですか?
(_____) (_____)

1 現在の症状

- (1) 乳房の痛みがありますか 1. ない 2. ある (左 ・ 右)
(2) 乳房にしこりがありますか 1. ない 2. ある (左 ・ 右)
(3) 乳首からの分泌がありますか 1. ない 2. ある (左 ・ 右)

2 既往歴および家族歴

- (1) 乳がん検診をうけたことがありますか
1. ない 2. ある (_____ 回、前回 _____ 年 月頃、生検したことがある ない ・ ある)
- (2) 乳房の病気をしたことがありますか
1. ない 2. ある (_____ 歳、病名 _____ その時手術を うけた ・ うけない)
- (3) 家族（血縁）に乳がんの人がいましたか 1. いない 2. いる (続柄 _____)
- (4) 家族（血縁）に乳がん以外のがんの人がいましたか
1. いない 2. いる (病名 _____ 続柄 _____ 、病名 _____ 続柄 _____)
- (5) その他
ア 初潮はいつですか (_____ 歳)
イ 最終月経はいつですか (_____ 月 日 ~ _____ 日間)
ウ 閉経について 1. 閉経前である 2. 閉経後である (_____ 歳)
エ 妊娠歴について 1. ない 2. ある (現在妊娠中 _____ カ月、過去妊娠 _____ 回)
オ 出産歴について 1. ない 2. ある (初産 _____ 歳、出産 _____ 回)
カ 授乳歴について 1. ない 2. ある (現在の有無 有 ・ 無)

■ 他の病気にかかったことはありますか? なし あり
高血圧症 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 肝炎 (B・C・その他) ・ 結核 ・ 腎臓病 ・ 胃・十二指腸潰瘍
喘息 ・ その他の病気 (_____)

■ 現在治療中の疾患 なし あり ※ ありの場合、下記に詳しく
(_____ 病院 _____ 科)
疾患名 (_____)

■ 過去に治療した疾患や受けた手術 なし あり ※ ありの場合、下記に詳しく
(_____)

■ 飲んでいる薬 なし あり ※ ありの場合、下記に詳しく
(薬剤名: _____)

■ 薬のアレルギーはありますか? なし あり (_____)
食べ物のアレルギーはありますか? なし あり
その他: (_____)

■ 現在妊娠中ですか? はい いいえ 授乳中ですか? はい いいえ

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師	scan