

問診表 (乳腺用)

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男 ・ 女) 受診日 _____ 年 _____ 月

1 マイナ保険証 (マイナンバーカードの健康保険証利用) による情報取得に同意しますか？

いいえ はい

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

2 他の医療機関からの紹介状はありますか？

いいえ はい

3 本日はどうされましたか？以下の質問にお答えください。

・しこりはありますか？ なし あり (右・左・両方) いつから

・痛みはありますか？ なし あり (右・左・両方) いつから

・乳頭からの分泌物はありますか？ なし あり (右・左・両方) いつから

その他、気になることや相談したいことがあればご記入ください。

(_____)

4 妊娠・出産についてお伺いします。

・出産歴 なし あり

・現在の状態は？ 妊娠中 (_____ 週) 授乳中 断乳後 (_____ ケ月) どちらでも

・現在閉経していますか？ していない している

5 今までに以下の病気や手術をされたことはありますか？

・乳腺の病気 なし あり (_____)

・乳房の手術 なし あり (_____)

・豊胸術 なし あり

・婦人科系疾患の手術 (子宮・卵巣) なし あり (_____)

・ホルモン剤の使用 (経口避妊薬等・補充療法) なし あり

・ペースメーカー装着 なし あり

・V-Pシャント (水頭症) なし あり

6 ご家族の方で以下の病気にかかったことがある方はいますか？

・乳がん なし あり (続柄: _____)

・その他のがん なし あり (続柄: _____ 部位: _____)

7 現在治療中、または今までかかった病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病

肝臓病 高脂血症 喘息 その他 (_____)

手術 (_____ 年 _____ 月 _____) の手術:

8 現在服用している薬はありますか？

いいえ はい (_____)

9 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

いいえ はい 薬 (_____) 食べ物 (_____)

10 この1年間で健診 (特定健診 または 高齢者健診) を受診しましたか？

いいえ はい 時期 (_____) 指摘要項 (_____)

※ご記入が終わりましたら、受付までお持ちください。