

氏名 生年月日 年 月 日 歳

身長 cm 体重 kg

●マイナ保険証を利用された場合、診療情報の取得に同意していただけますか？ ⇒ はい ・ いいえ

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？ ⇒ はい ・ いいえ

当院では診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めております。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※診療情報の取得に同意されない場合はマイナ保険証を利用しない場合の取り扱いになります。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) マイナ保険証を利用しない：6点/利用した：2点
(再診時) マイナ保険証を利用しない：2点/利用した：加算なし

乳腺外科外来問診票

1) 今までに乳がん検診および乳腺外来の受診歴はありますか？

ない・ある → 診断された病名があればお書きください

()

2) 今日はどのような症状で来院されましたか？

乳房のしこり	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ()
乳房の痛み	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ()
乳頭分泌	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ()
腋の下のしこり	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	右 ・ 左	いつから ()
その他	()			

3) 現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある → どのような病気ですか？ ()

服用中のお薬がありましたら記入してください ()

4) 過去に大きな病気をしたことがありますか

ない・ある → 病名とその時期 ()

5) 下記についてチェックをお願いします

アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()
豊胸手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

6) 血のつながった方でがんにかかった方はいますか？

乳がん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ・ 母、姉、妹、祖母、おば、娘、その他 ()
卵巣がん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
その他のがん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()

7) 月経、妊娠・出産についてお答えください

月経	初経 () 歳	<input type="checkbox"/> 順調	<input type="checkbox"/> 不順	閉経 () 歳
	最終月経 (年 月 日)			
妊娠・出産	妊娠 () 回	出産 () 回	現在妊娠中 () ヶ月	
授乳歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 現在授乳中	
ホルモン治療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (時期 / 期間)		

ご協力ありがとうございました