

乳腺外来問診票

ふりがな

お名前

性別 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和

年 月 日 (年齢 歳)

住所 〒 -

自宅電話

携帯電話

1. 今日はどうされましたか？

(例：〇〇月ごろから左胸にしこりがある、右乳頭から分泌物がある・・・)

2. 今までに乳腺の検査を受けたことがありますか？

いいえ

はい

検査日： 平成・令和 年 月頃

検査内容 視触診 マンモグラフィ 超音波 細胞診

検査結果 異常なし 異常あり ()

3. 今までに、乳腺や婦人科の病気で治療を受けたことがありますか？

いいえ

はい (病名：

治療内容：手術・放射線・抗がん剤・ホルモン療法)

4. ご家族や親せきの方に、乳がんや卵巣がんの方はいらっしゃいますか？

いいえ

はい (続柄：

病名：)

5. 月経・出産について

最近の月経 月 日～ 順・不順 閉経 歳 出産 回 授乳期間 ヶ月

6. これまでに、出産以外で手術・入院をしたことがありますか？

なし

あり (

年 病名：)

7. 現在治療中のご病気はありますか？ また内服中のお薬はありますか？

なし

あり (病名：

内服薬：)

8. 今までに、薬などでアレルギーが出たことはありますか？

なし

あり (薬品名：

症状：)

9. 以下の項目に該当しますか？

特に該当しない

妊娠中・妊娠の可能性ある

豊胸術 (ヒアルロン酸・生理食塩水・シリコンバッグ・脂肪注入・不明)

授乳中

乳房形成術後(手術はいつ頃ですか？ 年 月頃、もしくは 年前頃)

断乳後6か月以内

心臓ペースメーカー・除細動器

ピル服用

VPシャント (脳室腹腔短絡術)

※個人情報の取り扱いについて

当クリニックでは誤人防止などの安全管理上、患者様をお名前でお呼びいたします。

その他、個人情報保護につきまして方針、利用目的など掲示物などでご確認下さい。

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時) 加算6点 マイナ保険証を利用した場合 加算2点