

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 _____ ケ月

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

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中・妊娠の可能性ある | <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> 授乳中 | <input type="checkbox"/> 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) |
| <input type="checkbox"/> 断乳後6か月以内 | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー・除細動器 |
| <input type="checkbox"/> ピル服用 | <input type="checkbox"/> VП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