

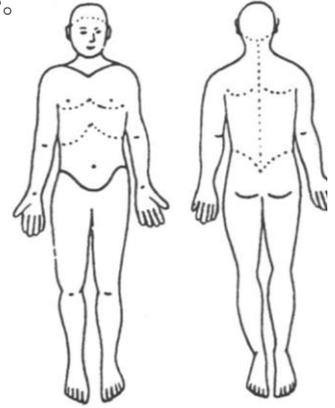
問 診 票

受診日 年 月 日

氏名	ふりがな	男・女	生年月日	年 月 日 生	年 齢	体 重
					歳	k g
住所	〒 _____					
	自宅番号 ()			携帯 ()		

下記□に✓、○を付けてください。「あり」の場合は () 内にご記入ください。

1. マイナ保険証による診療情報取得 同意 不同意
2. 他院からの紹介状をお持ちですか。 あり なし
3. 現在、他の医療機関に通院していますか。 なし
あり (医療機関名、治療内容等 ())
4. 今回はどんなことで来院されましたか。(主要症状等)
(())
5. 上記症状はいつ頃からありますか。きっかけはありましたか。
昨日 2・3・4・5日前 1・2・3・4週間位前
1ヶ月前 その他 ()
6. 今までかかったことのある疾患、または現在治療中の疾患がありますか。 あり なし
高血圧症 糖尿病 脂質異常症 慢性腎臓病 悪性腫瘍 ()
脳梗塞 その他 ()
7. 現在、処方されている薬はありますか。 あり なし
(薬剤名、用量、投薬期間等 ())
8. 過去1年間で特定健診の受診はありますか。 あり なし
指摘事項等 ()
9. 薬のアレルギー、またアレルギー体質があればお書き下さい。 あり なし
薬 (抗生物質、かぜ薬、解熱・鎮痛薬、局所麻酔薬、造影剤、その他 ())
食物 () 花粉症 () ハウスダスト
動物 () その他 ()
10. 現在、妊娠中又は授乳中であるか (女性の方のみ) あり (妊娠中 週・授乳中) なし
11. その他、知らせておきたいことはありますか。
12. 当院をお選び頂いた理由をお聞かせ下さい。
以前より診察を受けている
医療機関よりの紹介
評判を聞いて (友人・知人の紹介)
広告を見て (タウンページ・インターネット・看板・その他 ())
自宅・職場より近いので
その他 ()



痛い箇所○をお付けください

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致します。

乳腺センター 問診票

患者様 ID _____

氏名 _____

確実にご連絡を差し上げるため 差し支えなければ
固定電話以外の携帯番号などを教えてください。

TEL _____

【1】初潮年齢 _____ 歳 閉経年齢 _____ 歳
最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 月経周期：順調 _____ ・ 不順 _____

【2】妊婦回数 _____ 回 分娩回数 _____ 回 最終妊婦 _____ 歳
授乳（母乳保育）で育てたことがありますか？ _____ はい _____ ・ いいえ _____

【3】乳頭から分泌物は出ますか？ _____ はい _____ ・ いいえ _____
分泌物が出る方に伺います ・ どちら側から出ますか？ _____ 右乳 _____ ・ 左乳 _____
・ 分泌物の色を教えてください
《 透明 _____ ・ 白 _____ ・ ピンク _____ ・ 血性 _____ ・ その他（ _____ ） 》

【4】以前に乳房の異常を健診や診察で指摘されたことがありますか？ _____ はい _____ ・ いいえ _____
「はい」とお答えの方にうかがいます。
・ いつ・どこで _____ 年頃（ _____ 当院 _____ ・ 他院 _____ ・ 健診 _____ ）
・ 何と診断されましたか？ . . . _____

【5】父方母方に関わらず父・母・祖父母・伯父・叔母・甥・姪・孫までの血縁者について
うかがいますので、わかる範囲で構いませんのでお答えください。
また不明なところは空欄でお願いします。

・ 乳癌と診断された方は、いらっしゃいますか？ _____ はい（ _____ ） ・ いいえ _____
またご本人様との関係を教えてください。

《 「はい」とお答えの方は以下の質問にお答えください。 》

①45歳以下で乳癌を発症した方はいますか？	はい _____ ・ いいえ _____
②発病年齢問わず 卵巣癌の方はいますか？	はい _____ ・ いいえ _____
③お一人の方が時期を問わず両側乳癌を発症したことがありますか？	はい _____ ・ いいえ _____
④男性の方で乳癌を発症された方はいますか？	はい _____ ・ いいえ _____
⑤「トリプルネガティブの乳癌」と診断された方はいらっしゃいますか？	はい _____ ・ いいえ _____

【6】血縁者の方で 乳癌以外の癌と診断された方はいらっしゃいますか。 _____ はい _____ ・ いいえ _____
はいとお答えの場合 差し支えなければその病名とご本人様とのご関係をご記入ください。

（ _____ ） ご協力ありがとうございました。