

乳腺外科 問診票

| | | | | | | | |
|------|---------|-----|-----|------|----|----|----|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 大正 | 昭和 | 平成 |
| 名前 | | | | | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 _____ | 連絡先 | | | 自宅 | | |
| | | | | | 携帯 | | |

身長 _____ cm 体重 _____ kg 現在の体温 _____ °C

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？（当てはまるもの全てに☑をしてください）
 - 自費検診（超音波・マンモグラフィ） 乳房にしこりがある（右・左）
 - 乳房に痛みがある（右・左） 乳房の一部にへこみやひきつれがある（右・左）
 - 乳頭から血液や分泌物が出る（右・左）
 - 乳がん検診の再検査（右・左） その他（ _____ ）
2. 上記の症状はいつ頃からですか？（ _____ ）
3. 現在治療中、または過去にかかった病気はありますか？
 - 特になし
 - 糖尿病 高血圧症 脂質異常症 狭心症・心筋梗塞 脳出血・脳梗塞
 - 喘息 肝臓病 腎臓病 がん（ _____ ）
 - その他（ _____ ）
4. 乳がん検査を受けたことはありますか？ ***直近に検査を受けた時期と結果をご記入ください**
 - いいえ
 - はい マンモグラフィー _____ 年（異常なし・異常あり⇒ _____ ）
 - 超音波 _____ 年（異常なし・異常あり⇒ _____ ）
5. 血縁者で乳がんにかかった方はいますか？
 - いいえ はい（続柄： _____ ）
6. 現在、妊娠していますか？
 - 妊娠している 妊娠の可能性がある 妊娠していない
7. 現在、授乳中ですか？
 - いいえ はい
8. 現在、服用中のお薬はありますか？
 - いいえ はい **※お薬手帳をお持ちの方は受付時にご提出ください**
9. 薬や食べ物でアレルギーはありますか
 - いいえ はい（詳細： _____ ）

当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意しましたか？ はい・いいえ

マイナ保険証から患者さんの診療情報を取得することにより、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）マイナ保険証：2点 保険証：4点

*ご記入ありがとうございました。ご提供いただいた情報等は医療・診療行為以外の目的で使用することはありません。