

ID

令和 年 月 日

外科（乳腺）外来問診票

体温 °C

フリガナ

氏名 (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
〒

住所

電話番号 () ー 携帯番号 ー ー

職業 勤務先名 電話番号

連絡先（※ご本人以外の連絡先をご記入下さい。）

フリガナ

氏名 (男・女) 患者様とのご関係
電話番号 () ー 携帯番号 ー ー

＊他院からの手紙、資料、お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

＊下記の質問についてお答えください。

1. いつごろからどのような症状でお困りですか □に~~レ~~チェック、当てはまる項目に○をつけてください。

□（右・左）乳房にしこりがある

部位を下記の図に印をつけてください

いつから

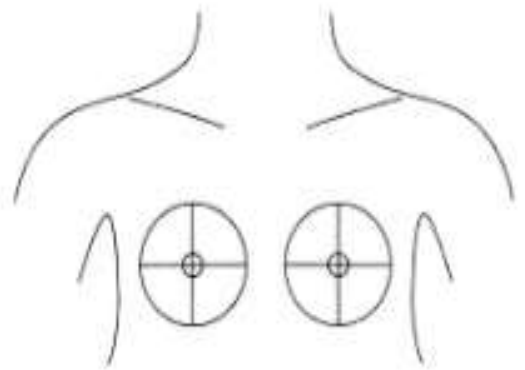
気づいてからの大きさは（大きくなった・変わらない
・小さくなった・大きくなったり小さくなったりする）

□（右・左）乳房に痛みを感じる（時々・常に）

□（右・左）乳首（乳頭）から分泌物がある

□ 特に症状はないが、なんとなく乳がんが心配

□ 症状に変化なし



2. 他医療機関からの紹介状はありますか ない ・ ある

3. 現在のんでいる薬はありますか ない ・ ある

4. 今までかかった病気や手術についてご記入ください

- ・ 乳腺の病気 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)
- ・ 乳房の手術 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)
- ・ 子宮／卵巣の手術 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)
- ・ ホルモン治療 無 ・ 有 (歳頃) (更年期障害・ピル・その他→)
- ・ 不妊治療 無 ・ 有 (歳頃)
- ・ 豊胸手術 無 ・ 有 (歳頃) (バッグ挿入・その他→)
- ・ 放射線治療 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)
- ・ その他の大きな病気や手術 無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)
無 ・ 有 (歳頃) (病名・治療:)

5. 今まで乳がん検診を受けたことがあればご記入ください

- ・ いつごろ受けましたか (年 月頃) (病院・検診センター)
- ・ 結果について (異常なし・異常あり→)
- ・ 受けた内容 (視触診・マンモグラフィ・超音波エコー)

裏面も全て記入してください

6. 身内の方でがんになった方はいますか

- ・ 乳がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹)
・ 卵巣がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹)
・ 子宮がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘)
・ 前立腺がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 (祖父 ・ 父 ・ 兄弟 ・ 息子)
・ 膵がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ()
・ 他のがんの人がいる 無 ・ 有 続柄 () (病名・治療:)

7. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください

8. たばこについてお聞きます

吸わない ・ 吸う ・ 過去に吸っていた
(1 日 本、約 年間)

9. アルコールについてお聞きます

飲まない ・ 飲む ・ 過去に飲んでいて
種類: 、 1 回 ml 毎日・週 () 日・月に2～3回

10. 以下についてお答えください

- ①結婚 (未婚・既婚) ②今後の妊娠の希望 (無・有) ③月経不順 (無・有)
③妊娠の可能性 (無・有) 妊娠中 () 週 産後/授乳中 () ヶ月 産後/授乳無し
④出産経験 出産 () 回・自然流産 () 回 一番最近の出産 年 月 日
⑤月経 初潮 () 歳頃・閉経 () 歳頃 一番最近の月経 月 日
⑥月経量 (多い・固まりが出る・普通・少ない)

11. からだの中に埋め込まれているものはありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

□皮下埋め込み型ポート □心臓ペースメーカー □心臓・血管拡張ステント
□胆管ステント □その他 ()

12. 仮に悪性の疾患の場合の病状や治療の情報提供について

- 1) 病名を知りたいですか はい ・ いいえ
2) 病気の状態について知りたいですか はい ・ いいえ
3) 病名や病気の状態は、ご家族にもお伝えしてよろしいですか はい ・ いいえ

13. マイナ保険証(健康保険証利用について申し込み済みのマイナンバーカード)をお持ちですか

はい ・ いいえ

「はい(マイナ保険証所有)」の方は以下もお答えください

マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか はい ・ いいえ
過去1年間に特定健診か高齢者健診は受診しましたか はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。 順番が来ましたら呼びますのでお待ちください。

※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します。