

乳腺外科 問診票

お名前 _____ () 歳 _____ 20 年 月 日

身長 (_____ cm)、体重 (_____ kg)、来院時の体温 (_____ °C)

住所に変更のある方は、記入してください。

〒 _____

1. 本日の来院理由をお尋ねします

該当する項目の番号に○印をつけて質問にお答えください

① 気になる症状がある

いつからですか (_____)

どちらの乳房ですか (右 ・ 左 ・ 両方)

どのような症状ですか (_____)

② 乳癌検診を希望している

③ その他の理由で来院 (理由 : _____)

2. 月経についてお尋ねします

周期は (_____) 日型 (順調 ・ 不順) 現在妊娠中ですか (はい ・ いいえ)

最終月経は _____ 月 _____ 日から _____ 日間 閉経 (_____) 歳

3. 出産経験はありますか？

ない ・ ある → 出産歴についてお尋ねします

(_____) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 (母乳 ・ 混合 ・ ミルク)

(_____) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 (母乳 ・ 混合 ・ ミルク)

(_____) 歳 正常分娩 ・ 帝王切開 (母乳 ・ 混合 ・ ミルク)

4. 授乳中に乳房のトラブルがありましたか？

ない ・ ある (右 ・ 左) 乳腺炎 ・ その他

5. 乳腺疾患の既往がありますか？

ない ・ ある (乳腺症 ・ 乳腺線維腺腫)

6. 豊胸手術を受けたことがありますか？

ない ・ ある (_____)

7. 今までに乳癌検診を受けたことがありますか？ (ない ・ ある)

あるに○印をつけた方 最後に受けたのはいつですか？ (20 _____ 年 _____ 月)

検診内容 (触診 ・ マンモグラフィー ・ エコー)

8. 癌など悪性疾患と診断された場合でも、本人に告知をしています

告知を希望しない方は、代わりに説明を受ける方を記入してください

[お名前 _____ (続柄 : _____) 連絡先 : _____]

9. ご家族で乳癌と診断された方はいますか？ (はい ・ いいえ)

はいに○印をつけた方 母親 祖母 叔母 姉妹

10. 今まで大きな病気をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

はいに○印をつけた方 いつ頃 : _____ 病名 : _____

11. 現在治療中の病気がありますか？（ない・ある）

あるに○印をつけた方 病名：

病院名：

お薬を飲んでいる方 薬名：

12. これまでに薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？

（ない・ある →薬（ ））、食べ物（ ）、その他（ ）
原因となったもの、症状 など：

13. あなたは喫煙していますか？（いいえ・はい…1日 本）

14. あなたと同居しているご家族で喫煙される方はいますか？（いいえ・はい…1日 本）

15. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください

マイナ保険証利用に関する問診

●マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)をお持ちですか？

（はい・いいえ）

はいの場合→診療情報取得に同意いただけますか？（はい・いいえ）

●他の医療機関からの紹介状を持っていますか？（いいえ・はい）

●この1年間で特定健診や高齢者健診を受診しましたか？

（はい・いいえ）

はいの場合→(受診時期:20 年 月頃)

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。

厚生労働省の規定により、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の算定をさせていただきます。

初診時

健康保険証を提示した場合…4点(加算1)

マイナンバーカードを利用した場合…2点(加算2)

※ 各種公費受給者証はマイナンバーカードでは確認できませんので、ご提示をお願いします。