

# 問診票( 乳腺外科 )

受診日 年 月 日

(ふりがな) お名前	様	年齢	職業
<p>1. マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>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・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。</p> <p>●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 (マイナ保険証を利用しない場合)                  ●医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合)</p> </div>			
<p>2. 他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>			
<p>3. 本日はどのようなことで受診されましたか？</p>			
<p>4. 現在、他の病院に通院されていますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>また、処方されている薬はありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい *お薬手帳 <input type="checkbox"/>持参あり <input type="checkbox"/>持参なし</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;">※お薬手帳を提示していただければ薬の記載は不要です</p> <p>(病名 ) (病院名 ) (薬名 1日 回 日分)</p> <p>(病名 ) (病院名 ) (薬名 1日 回 日分)</p>			
<p>5. これまでに手術をしたり、大きな病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p>(年齢 : 病名 : )</p>			
<p>6. この1年間で健診(特定健診または高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (いつ: 指摘事項: )</p>			
<p>7. 薬や食べ物、金属でアレルギーはありますか？</p> <p>薬 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( ) 金属 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p> <p>食べ物 : <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p>			
<p>8. 女性の方へ 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/>していない <input type="checkbox"/>している <input type="checkbox"/>可能性がある</p> <p>授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>			
<p>9. 喫煙・飲酒についてお答えください</p> <p>喫煙 <input type="checkbox"/>吸わない <input type="checkbox"/>吸う( 本/日、喫煙歴 年) <input type="checkbox"/>以前吸っていた( 本/日、喫煙歴 年)</p> <p>アルコール <input type="checkbox"/>飲まない <input type="checkbox"/>飲む(何を どれくらい )</p>			
<p>10. 最近の身長・体重を教えてください</p> <p>身長 _____cm 体重 _____kg</p>			

# 問診票（乳腺）

\*札幌市の方針により、当院では乳がん検診の視触診は基本的に行っておりませんが、ご希望があれば診察時に申し出て下さい。

ID 氏名 記入日 年 月 日

あなたの血縁で乳がんの方がいますか？いる場合は、診断された時の年齢もご記入ください。

いない・いる → 母（ 歳）、姉・妹（ 歳）、祖母（ 歳）、叔母（ 歳）、娘（ 歳）

血縁の方でがんにかかった方はいますか？

いない・いる → （どなたが、何のがんにかかりましたか？ ）

## 既往歴

・乳腺の病気にかかったことはありますか？

なし ・ あり （病名 : 歳）

・乳腺の手術をしたことがありますか？

なし ・ あり （病名 : 歳）（病院名 ）

・ホルモン治療（経口避妊薬を含む）を受けたことはありますか？

なし ・ あり （病名 : 薬品名 ）

・婦人科の病気で手術をしたことはありますか？

なし ・ あり （病名 : 歳）

・ペースメーカーを装着していますか？

なし ・ あり

・豊胸術を受けたことがありますか？

なし ・ あり（ 歳）

・初潮（ 歳） ・閉経（ 歳） ・生理周期（ 日型／順調・不順・過多）

・最近の月経（ 月 日～ 月 日まで） ・妊娠の可能性（有・無）

・妊娠中の方（妊娠 週） ・妊娠回数（流産・死産を含めて）（合計 回）

・出産回数（ 回）

現在の症状 ・なし ・あり

ありの場合

いつから？

・しこり 右／左／両方（ ）

・痛み 右／左／両方（ ）

・乳頭からの分泌 右／左／両方（ ）

今までに乳がん検診を受けたことがありますか？

・最後に受けたのはいつですか？ 年 月 歳

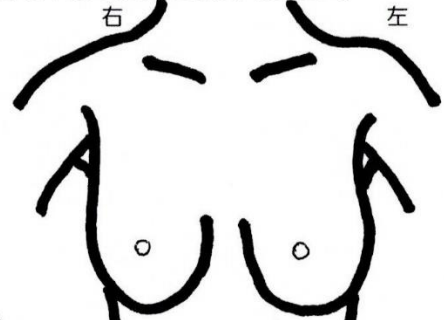
・検診を受けた施設 当院 他施設（ ）

・マンモグラフィー 撮った 撮らない

・超音波エコー 撮った 撮らない

<結果>異常なし・異常あり（ ）

特に心配な症状のある方、手術をしたことのある方、5mm以上のほくろやイボのある方はその部位などを下記の図にご記入ください。



- ① しこり…大きさ mmくらい
- ほくろやイボ（5mm以上）
- 痛み ✕ 手術の傷