

乳腺問診票

ふりがな			受診日	年	月	日
氏 名			年 齢	※マイナ保険証による診療情報取得の同意		
			歳	同意する ・ 同意しない		
生年月日	大正 平成 昭和 令和	年 月 日	携帯番号	— —		
			自宅電話番号	— —		
住 所	(〒 —)					

- ☐ 乳房に何か気になる症状がありますか？→ 症状あり ・ 症状なし
- 乳しこり 脇しこり 痛み 張り くぼみ 違和感 乳頭分泌物 (白・黄色・赤・黒) その他 ()
- どちらの乳房ですか？ (右側 左側 両側) いつごろからですか？ (年 月頃から)
- ☐ 今まで他院（乳腺）の診察を受けた事がありますか？→ 受けた ・ 受けていない
- 医療機関名 () 受診日 (年 月 頃) 検査内容 (マンモグラフィー 超音波 細胞診 他)
- 結果→ (異常なし 精密検査 定期健診 その他)
- ☐ 乳腺の病気にかかったことがありますか？ ある ・ ない
- 乳腺炎 乳腺症 乳がん 石灰化 その他 ()
- ☐ 乳腺の手術を受けた事がありますか？ (豊胸手術を含む)
- (なし あり → どちらの乳房ですか？ (右側 左側 両側)
- いつ頃ですか？ (年 月頃)
- ☐ 血縁者で乳がんや婦人科系のがんにかかった方はいらっしゃいますか？
- (なし あり (人) (母 姉妹 おば その他)
- ☐ 血縁者でそれ以外のがんにかかったかたはいらっしゃいますか？
- 続柄 () 病名は何でしたか？ ()
- ☐ 月経、出産について差し障りのない範囲でお答え下さい
- 閉経した ・ 閉経前→ (最後の月経はいつでしたか？ 年 月 日まで)
- 現在、妊娠の可能性はありますか？ (無 有)
- 現在、授乳中ですか？ (無 有)
- 出産経験はありますか？ (無 有) → (人)
- ☐ 食べ物やお薬のアレルギーはありませんか？ (ありー なし)
- ☐ 今までに大きな病気にかかった事はありませんか？ (ありー なし)
- ☐ 現在処方されている薬がありますか？ (あり→薬剤名 なし)
- お薬手帳→ (あり ・ なし)

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。
正確な常用を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算 (初診時→1点 再診時→1点 (3ヶ月/回))