

乳 腺 外 科 問 診 票

自宅用

受診日	ID	氏名	☐ 男 性別 ☐ 女
紹介状 ☐ 無 ☐ 有	生年月日	年 月 日	歳
携帯電話 本人	身長:	cm	体重: kg
家族(続柄)			

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

次に、受診理由をお聞かせ下さい。

① いつから

☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ 不明 ☐ () 前頃から

② 症状

①異常に気づく

☐ しこり: 部位 ☐ ミギ ☐ ヒダリ ☐ 両側 (いつ頃から)

☐ 痛み: 部位 ☐ ミギ ☐ ヒダリ ☐ 両側 (いつ頃から)

☐ 乳頭分泌物: 部位 ☐ ミギ ☐ ヒダリ ☐ 両側 (いつ頃から)

②他院または検診で異常を指摘された ☐ 当院 ☐ 他院 (施設名)

③他院で既に乳癌の指摘を受けた。または、治療を行ったことがある (施設名)

④その他 (例: 豊胸手術歴あり、など)

経過を記入してください。

()

③ 乳癌検診受診歴

(年 月) ☐ 触診 ☐ 超音波 ☐ マンモグラフィー ☐ その他 ()

(年 月) ☐ 触診 ☐ 超音波 ☐ マンモグラフィー ☐ その他 ()

④ 婦人科歴

月経: 初潮 (歳) 生理: ☐ 順調 ☐ 不順 (日型) (日間) 閉経 (歳)

最終月経: 月 日 ~ 月 日 妊娠の可能性 (無・有 週)

結婚: ☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離婚 ☐ 死別

妊娠歴: (無・有 回) 出産歴: (無・有 人)

初産時年齢: (歳) 授乳歴: (無・有・授乳中 人)

婦人科疾患: (無・有 病名)

ホルモン剤使用: (無・有 薬剤名)

⑤ 現在 他の医療機関へ通院されている方は下記へご記入をお願いします。

医療機関名: ()

受診日: (年 月 日頃より) 治療内容: 投薬 ・ 注射 ・ 処置

診断名: () 【裏面へ続く】

⑥ 既往歴: ☐ 糖尿病 ☐ 高血圧 ☐ 緑内障 ☐ 骨粗鬆症 ☐ 冠動脈疾患

- ※順番が来ましたら受付番号にてお呼び致しますので待合室から離れる際には受付へお声がけ下さい。

内科問診票

受診日	ID	氏名	性別	男 女		
紹介状	無	有	生年月日	年 月 日 歳		
体温:	℃	血圧:	/	脈	SP02:	%
携帯電話番号						
本人			身長	cm	体重	kg
家族(続柄)						

○マイナ保険証による診療情報取得に同意されていますか? はい いいえ

①いつから、どのような症状ですか

○いつから・・・ □今日 □1日前 □1週間前 □1ヶ月前 □() 前

○どのような症状・・・

② 現在 他の病院やクリニックへ通院されている方は下記へご記入をお願いします。

病院(クリニック)名: ()

受診日: (年 月 日頃より) 治療内容: 投薬 ・ 注射 ・ 処置

診断名: ()

既往歴: 糖尿病 高血圧 緑内障 白内障 心疾患

喘息 潰瘍 脳疾患 肝疾患 肺疾患

その他 ()

③入院・手術を要する病気にかかったことがありますか?(ある ・ なし)

病名を()内に記入してください。

裏面へ続く

④ 内服薬 (お薬手帳をお持ちの方はコピーさせていただきますのでご提示お願い致します)

無 有 薬剤名・用量

(_____)

そのお薬はいつ頃から服用されていますか？)

(_____)

⑤ 喫煙歴 あり なし

ありの方：1日 () 本 () 歳頃から () 年間

⑥ 薬のアレルギーはありますか？

無 有 (薬剤名： 症状： _____)

⑦ 食物アレルギーはありますか？)

無 有 (食品名： 症状： _____)

⑧ 1年以内に**健診（特定健診及び高齢者健診に限る）**を受診されましたか？ はい いいえ

【受診された方】

受診時期はいつ頃ですか？ : 年 月 日
指摘事項はありましたか？ : 無 ・ 有 ()

⑨ 造影剤を使用した検査を行った事がありますか？ 無 有

⑩ 体内に金属を埋め込んでいませんか？ 無 有

⑪ 心臓ペースメーカーを装着していませんか？ 無 有

⑫ 入れ墨・タトゥーは入っていませんか？ 無 有

⑬ 女性の方にお伺いします。

・ ご妊娠されているまたはその可能性がありますか？ 無 有

・ 現在授乳中ではないですか？ 無 有

当院は診療情報を取得・活用する事により、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致します。

※順番が来ましたら受付番号にてお呼び致しますので待合室から離れる際には
受付へお声がけ下さい。