

★ 診察当日は、事前に検査があるのでお時間に余裕をもってお越しください。

ID _____

<乳腺外来問診票>

記入日： 年 月 日

氏名： _____ (歳) 職業： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

他の医療機関からの紹介状はありますか？ いいえ はい (医療機関名： _____)

当院の乳腺外来をどのように知りましたか？

当院 (_____ 科外来より) 県広報等・情報誌・インターネット

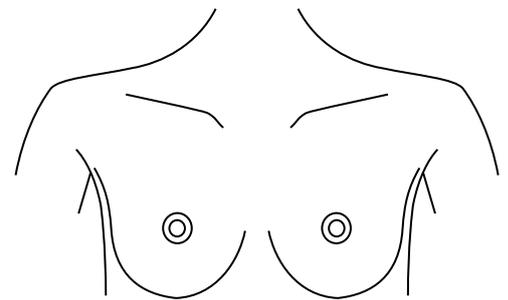
その他 (_____)

本日はどのような事で受診にみえましたか？ 複数回答可

1) 乳房の症状 なし

あり → 痛み 発赤 しこり 変形 (くぼみなど)

(症状の場所を右の絵に図示してください)



2) 乳頭分泌下着が汚れる なし

あり → 透明 血性 膿様 その他 (_____)

★上記の症状はいつ頃からありましたか？気づきましたか？ _____ 年 月 日頃

3) 検診で精査必要といわれた はい いいえ

今までに乳がん検診を受けたことがありますか？

なし あり → 最終検診日 _____ 年 月 その時の結果 (_____)

自己検診はしていますか？ 行っていない 時々行っている 毎月行っている

生活背景についてお尋ねします。

【月経について】

なしの方 → 自然閉経 _____ 歳 手術による閉経 _____ 歳 病名： _____

ありの方 → 順 不順 最終月経開始日 _____ 月 日

【妊娠について】

現在妊娠されていますか？ いいえ 可能性あり はい；妊娠 (_____ 週)

妊娠歴 → 妊娠 _____ 回 出産 _____ 回 流産 _____ 回 第1子出産年齢： _____ 歳

結婚 → 未婚 既婚 (_____ 歳) 離婚 死別

既往歴・現病歴について

【今までに入院もしくは内服治療が必要な病気にかかった事がありますか？】

なし あり（_____）

【現在治療中の病気、内服薬はありますか？】★お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

なし あり（病名；_____）

（内服薬；_____）

（かかりつけの病院；_____）

【今までに以下の手術をされたことはありますか？】

なし あり→ 豊胸手術 水頭症によるシャント手術 ペースメーカー留置手術

上記以外の手術（_____）

ご血縁の方でがんの方はみえますか？

父母・兄弟姉妹・祖父母（父方・母方）・曾祖父母（父方・母方）・子供・孫・

おじおば（父方・母方）・いとこ・大おじおば（父方・母方）・ひ孫

いない いる 病名（_____）

6ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？

なし あり（いつ頃：_____ どこへ：_____）

喫煙状況

なし あり 紙巻きタバコ・加熱式タバコ・電子タバコの使用

（種類：_____）（1日使用数：_____本×_____年）

禁煙状況（_____年前 / _____ヶ月 _____日前から禁煙している）

受動喫煙の状況：同居者で喫煙している人はいますか？

なし あり（喫煙者の続柄：_____）

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ いいえ はい

この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診していますか？

いいえ はい（いつ頃：_____ 指摘事項：_____）

<上記以外で何か聞きたいことがありましたら、お書きください>

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いたします。

記入、有り難う御座いました。 乳腺外科外来（R6年6月改訂）