

< 乳腺疾患 問診票 >



年 月 日		お名前:	
A.今の症状はいつからですか	頃から	他院からの紹介状 あり・なし	
B.痛みはありますか	1.無 2.有	右() 左()	・いつも ・時々 ・生理前 ・生理中 ・生理後 ・その他
C.しこりはありますか	1.無 2.有	右() 左()	
D.乳首の変形はありますか	1.無 2.有	右() 左()	
E.乳首からの異常分泌はありますか	1.無 2.有	右() 左()	
F.ご家族に乳がんを含めて癌にかかった方がおられますか	1.無 2.有	◎有と答えられたかたどなたですか: どのような癌ですか:	
G.今までに乳腺炎などの乳腺の病気にかかったことはありますか	1.無 2.有	◎有と答えられたかたいつごろですか: 病名は:	
H.今までに大きな病気にかかったことはありますか	1.無 2.有	◎有と答えられたかたいつごろですか: 病名は:	
I.今までにホルモン治療を受けられたことがありますか	1.無 2.有	◎有と答えられたかたいつごろですか: 種類は:	
J.今までに豊胸手術や乳房形成を受けられたことがありますか	1.無 2.有	◎有と答えられたかたいつごろですか:	
K.現在あなたは未婚・既婚のどちらですか	1.既婚 2.未婚		
L.月経についてお答えください	1.不順 2.順 ()日周期		
	初潮:()才 閉経:()才	最終月経は ()月()日から()月()日まで	
M.妊娠について	妊娠の回数:()回 出産の回数:()回 初めての妊娠は ()才の時 初めての出産は ()才の時 現在妊娠されてますか いいえ・はい (妊娠)ヶ月		
N.授乳中ですか?	1.いいえ 2.はい→ 赤ちゃんは何歳ですか?()歳)ヶ月 出産した病院は? PL病院・他院 ()		
O.薬について	下記の症状の薬をのんでますか (はい・いいえ) *血をかたまりにくくする薬・心臓の薬 薬品名:		
★ 1ヶ月以内に 海外へ行かれたか? (はい・いいえ) →裏面へ続く			

薬・注射による副作用 無・有 薬品名()
アレルギー 無・有 花粉・食物・金属・その他()
本日マイナ保険証を利用されましたか はい・いいえ はいの方 → 「診療情報取得」に同意されましたか はい・いいえ
現在、他の医療機関に通院されていますか <input type="checkbox"/> 通院なし <input type="checkbox"/> 通院中(医療機関 受診日 治療内容)
内服中の薬はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(PL病院・他院) お薬手帳持参 無・有 (薬剤名、投薬期間等) * マイナ保険証による情報取得に同意された場合、直近1ヶ月以内の処方薬を除き省略可能
この1年間で健診(特定健診・高齢者健診に限る)を受けられましたか (40才以上の方のみ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい * マイナ保険証による情報取得に同意された場合省略可能

2024.1

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・活用することで、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
初診時には医療情報・システム基盤整備体制充実加算がかかります。 加算1:4点 加算2:2点
(加算2はマイナ保険証による診療情報取得に同意された場合 又は 他院からの紹介状を持参された場合)