

# < 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( ) ・いつも ・生理前 ・生理後 左( ) ・時々 ・生理中 ・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られ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られ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	流産:自然( )回 人工( )回 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)