

# 問診票（乳腺外科）

フリガナ  
氏名

年齢 歳(男・女)

受診日 年 月 日

1	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">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。</p>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
3	<p>本日はどうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>乳房の痛み <input type="checkbox"/>乳房のしこり <input type="checkbox"/>乳頭から分泌物が出る <input type="checkbox"/>乳房の赤み・腫れ</p> <p><input type="checkbox"/>乳房疾患の定期健診</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p>
4	<p>今までに何か病気にかかったり、手術を受けたりしたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>乳房疾患(乳がん <input type="checkbox"/>乳房嚢胞 <input type="checkbox"/>乳腺炎 <input type="checkbox"/>乳腺症 <input type="checkbox"/>その他( ))</p> <p><input type="checkbox"/>婦人科疾患(子宮がん <input type="checkbox"/>卵巣がん <input type="checkbox"/>その他( ))</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>甲状腺 <input type="checkbox"/>自己免疫疾患 <input type="checkbox"/>血栓症 <input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/>手術( )</p> <p><input type="checkbox"/>その他( )</p>
5	<p>現在内服中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( )</p>
6	<p>今までに薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬 ( ) 食べ物 ( )</p>
7	<p>この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期 ( ) 指摘事項 ( )</p>
8	<p>血縁者(祖父母・両親・兄弟姉妹)に以下の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (乳がん 子宮がん 卵巣がん) → はいに☑の方は、裏面もご記入ください</p>
9	<p>今までに妊娠や出産のご経験はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (妊娠__回 出産__回) <input type="checkbox"/>現在妊娠中__週</p>
10	<p>今までに乳がん検診を受けたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期 ( ) 指摘事項 ( )</p>
11	<p>月経についてお尋ねします。</p> <p>初潮(初めての月経)____歳ごろ 閉経された方____歳ごろ</p> <p>最近の月経はいつごろありましたか？ ____年____月____日～</p>

