

まつお乳腺クリニック 問 診 表 令和 年 月 日

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。この情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

かな		男・女	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生
氏名						才
住所	〒 -	電話	自宅( ) -			
			携帯( ) -			

【下記の項目について、当てはまる事項に○印、記入をお願いします】

1. 他の医療機関からの紹介状・検診の結果等 をもっていますか？ はい いいえ

2. 本日受診された症状についておたずねします

① 自覚症状はなく、検診を希望 ( はい ・ いいえ )

② 自覚症状がある ( はい ・ いいえ )

1) 乳房内のしこり ある(右・左) ない

2) 乳房内の痛み ある(右・左) ない

3) 乳首から液が出る ある(右・左) ない

液の色は？(透明、白、赤、黄、褐色、黒、その他)

4) その他 ( )

③ 上記症状に気づいた時期と経過

3. 月経についてお尋ねします。(閉経前 ・ 閉経後)

① 閉経前でしたら、一番最近の月経はいつでしたか？

( 月 日 ~ 月 日 )

② 閉経後でしたら、いつ閉経になりましたか？( 才)

4. 現在、妊娠の可能性はありますか？ ( ある 週 ・ ない )

5. 妊娠についてお尋ねします。(妊娠 回、分娩 回)

6. 母乳はどの位の期間出ましたか？(合計)

( 年 ヶ月間 ・ 出ない ・ 授乳中 )

7. 今までに乳房の病気にかかったことはありますか？  
① はい（病名 \_\_\_\_\_） ② ない
8. 最近、乳がん検診を受けられたことがありますか？  
① はい（ 年 月頃） ② ない
9. マンモグラフィーを受けたことはありますか？ ① ある ② ない
10. 血のつながった方の中に、次の病気の方はいますか？  
① 乳がん（あなたとの関係 \_\_\_\_\_）  
② 卵巣がん（あなたとの関係 \_\_\_\_\_）  
③ 他のがん（病名 \_\_\_\_\_：あなたとの関係 \_\_\_\_\_）
11. 今までにかかった病気はありますか？  
① ない  
② ある： A. 高血圧 B. 心臓病 C. ぜんそく D. 糖尿病 E. 肝臓病  
その他（ \_\_\_\_\_）
12. 手術を受けたことはありますか？  
① ない  
② ある どんな手術ですか？ 豊胸の場合は方法もご記入ください  
（ \_\_\_\_\_）
13. 以下に挙げる病気にかかったことはありますか？  
① B型肝炎、C型肝炎、梅毒、エイズ ② ない
14. 現在、服用中の薬、常用薬がありますか？  
① ない ② ある（薬の名前 \_\_\_\_\_）
15. 注射や薬でアレルギー症状（発疹、気分不快、一時的低血圧など）が出たことがありますか？  
① ない  
② ある： A. かぜ薬・ピリン等 B. 鎮痛剤 C. 抗生物質（ペニシリン等）、  
D. 麻酔薬（キシロカインなど） E. その他（ \_\_\_\_\_）
16. マイナ保険証による診療情報取得について  同意する

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。

◆医療情報取得加算（初診時）

加算 1：3点 加算 2：1点（マイナ保険証を利用した場合）

ご協力ありがとうございました。