

乳腺外科問診票

年 月 日

ID 氏名 年齢

体温 度 身長 cm 体重 kg

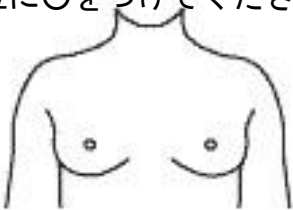
当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。

◆マイナ保険証はお持ちですか？（有 ・ 無 ）
◆マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？（ はい ・ いいえ ）
◆他の医療機関から紹介状はお持ちですか？（ はい ・ いいえ ）
◆この1年間で特定健診及び高齢者検診を受けましたか？（ はい ・ いいえ ）

※当院では原則、院外処方です

★症状のある部位に○をつけてください

◆ 本日はどのような症状での受診ですか
いつから
どんな症状ですか
（しこり・痛み・乳頭分泌液・その他
・上記のことで他の病院に行きましたか
行かない 行った→ いつ どこに 診断名
検査（マンモグラフィ・超音波・細胞診・病理検査・その他
治療（薬・処置・手術・その他
◆ 現在通院中の医療機関はありますか ない ある（病院名
◆ 服用している薬はありますか ない ある（薬剤名
（ある方は説明書などをみせてください）
◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか ない ある
（サプリメントの名前
◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか ない ある
（病名 治療内容 何歳
・豊胸手術をしていますか いいえ はい
◆ 今までに輸血を受けたことがありますか ない ある（病名 何歳
◆ アレルギーがありますか 薬物 ない ある（薬品名
食物 ない ある（食物名
◆ 月経について 初潮 才～ ・最終月経 月 日～ ・閉経 歳
◆ 現在妊娠の可能性 ない ある（現在 ヶ月）
◆ 授乳中ですか いいえ はい
◆ 2親等（母・祖母・姉妹）以内で 乳がんの診断をされた方はいますか
いいえ はい （続柄
◆ 妊娠・出産について



年齢	妊娠・出産	授乳について
才	出産・流産（自然・人工）	母乳・人工乳・混合
才	出産・流産（自然・人工）	母乳・人工乳・混合
才	出産・流産（自然・人工）	母乳・人工乳・混合
才	出産・流産（自然・人工）	母乳・人工乳・混合
才	出産・流産（自然・人工）	母乳・人工乳・混合