

# 乳腺外科問診票

ふりがな \_\_\_\_\_ 記載日： 年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： (昭・平・令) 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

携帯電話番号： \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市区町村 \_\_\_\_\_

未婚・既婚(初婚・再婚・離婚)・死別 身長( ) cm 体重( ) kg

職業(詳しく教えてください) \_\_\_\_\_

\*当院では診察結果により緊急検査・処置が必要となる場合がありますので、緊急連絡先の記入をお願いします。

緊急連絡先：氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

※他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？  はい  いいえ

※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、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力お願い致します。

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？  はい  いいえ

※この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？  はい  いいえ

## 1. どのような理由で受診されましたか？

- 乳房のしこり  乳房の痛み  
 乳頭分泌  その他 \_\_\_\_\_  
いつ頃からですか？  
\_\_\_\_\_ 年 月 日頃から

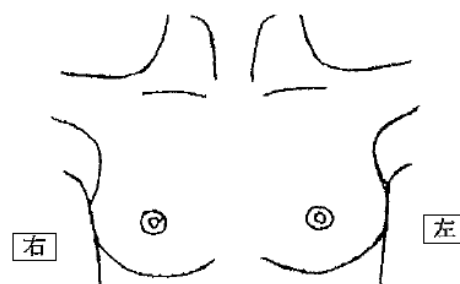
- 検診で要精査となった。  
→検診時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
検診結果 \_\_\_\_\_

- その他 \_\_\_\_\_

## 2. 乳がん検診を受けたことはありますか？

- 今回初めて受けて、ひっかかった  
 受けたことがある → 最近の検診はいつですか  
マンモグラフィ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 エコー \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
 良性疾患で定期的に検査はしていた  全くない

どこの部位ですか？



## 3. 健康状態などについて教えてください。

- ① 初経 \_\_\_\_\_ 歳 生理 \_\_\_\_\_ 日周期 \_\_\_\_\_  
\*現在妊娠の可能性： ある ・ ない ・ わからない  
\*今後妊娠の希望： ある ・ ない ・ わからない
- ② 閉経 \_\_\_\_\_ 歳 (自然 ・ 子宮の手術などで)
- ③ 結婚 \_\_\_\_\_ 歳時 妊娠 \_\_\_\_\_ 回 出産 \_\_\_\_\_ 回 初産 \_\_\_\_\_ 歳
- ④ 授乳はしましたか？ (はい・いいえ) → 『はい』の方は現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

## 4. 乳腺の病気をされたことはありますか？

- ない  
 ある(右・左) (乳腺炎・乳腺症・良性のしこり・膿瘍・がん・他 \_\_\_\_\_)  
⇒乳腺の手術を受けたことはありますか？ (外来手術・生検を含む)  ない  ある ( \_\_\_\_\_ 回)

## 5. 婦人科の病気をされたことはありますか？

- ない  
 ある(子宮筋腫・卵巣のう腫・子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん・他 \_\_\_\_\_)  
⇒子宮・卵巣の手術を受けたことはありますか？  
 ない  
 ある ( \_\_\_\_\_ 歳時) (子宮摘出・卵巣切除<両側・片側>・筋腫核出術・他 \_\_\_\_\_)

6. 今までにホルモン補充療法を受けたことがありますか？

ない

ある（種類： \_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 まで ・ 継続中 \_\_\_\_\_

7. 過去に診断された病気はありますか？

いいえ  はい 高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃十二指腸潰瘍・脳梗塞・骨粗鬆症  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

8. 現在、他の医療機関に通院していますか？

いいえ  はい 高血圧・高脂血症・糖尿病・喘息・胃十二指腸潰瘍・脳梗塞・骨粗鬆症  
（その他病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ 直近の受診日： \_\_\_\_\_）

9. 現在飲まれているお薬があれば、教えてください。\*お薬手帳をお持ちの方は診察時に提出してください。

\_\_\_\_\_ かかりつけ医（ \_\_\_\_\_ ）

10. 現在体の中にペースメーカー・除細動器や CV ポート、シャントチューブなど入っていませんか？

ない  ある（種類： \_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

11. 豊胸手術はしていませんか？

ない

ある \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（部位： \_\_\_\_\_） \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月（部位： \_\_\_\_\_）

12. アレルギーや副作用について

① 食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

ある（食べ物の名前： \_\_\_\_\_）  ない

② 薬で副作用が出たことがありますか。

ある（薬の名前： \_\_\_\_\_）  ない

13. ご家族（血縁関係）で乳がんの診断・治療を受けた方はいらっしゃいますか？

いない or わからない

いる（母・姉・妹・娘・祖母・叔母・他 \_\_\_\_\_） ⇒ \_\_\_\_\_ 歳時に診断

14. ご家族（血縁関係）でその他のがんの診断・治療を受けた方はいらっしゃいますか？

いない or わからない

いる がんの種類 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
がんの種類 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

15. 喫煙について

吸っていない

過去に吸っていた（1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間（ \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳）

現在も吸っている（1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間（ \_\_\_\_\_ 歳から）

16. 飲酒について

ほぼ毎日飲酒（種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_）  たまに飲酒  お酒は飲まない

17. ご希望や不安などございましたらご記入ください

[ \_\_\_\_\_ ]

以上です。ありがとうございました。

# 乳がん検診問診票

記載日： 年 月 日

ふりがな

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日：（昭・平・令） 年 月 日 年齢： \_\_\_\_\_ 歳

携帯電話番号： \_\_\_\_\_ 身長（ \_\_\_\_\_ cm） 体重（ \_\_\_\_\_ kg）

〒 \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ 都道府県 \_\_\_\_\_ 市区町村 \_\_\_\_\_

1,乳がん検診を受けたことはありますか ない ある（時期 \_\_\_\_\_ 年頃、結果：異常なし・要精密検査）

2,現在、乳房の症状はありますか ない ある（いつから \_\_\_\_\_ ）

- ① 痛み
- ② しこり
- ③ 乳頭の変形
- ④ 乳頭の分泌物
- ⑤ その他（ \_\_\_\_\_ ）

3,今までに乳腺の病気をしたことはありますか ない ある

- ① 乳腺炎 右・左
- ② 乳腺症 右・左
- ③ 乳がん 右・左
- ④ その他（ \_\_\_\_\_ ）

4,乳房の手術を受けたことがありますか ない ある（いつ頃 \_\_\_\_\_ ）

豊胸手術を受けていますか ない ある

5,血縁の人で乳がんにかかったことがある人はいますか ない ある（続柄 \_\_\_\_\_ ）

6,月経について

① 閉経 ②閉経していない（ 最終月経 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から \_\_\_\_\_ 日間、 \_\_\_\_\_ 順・不順 ）

7,妊娠の可能性はありますか ない ある

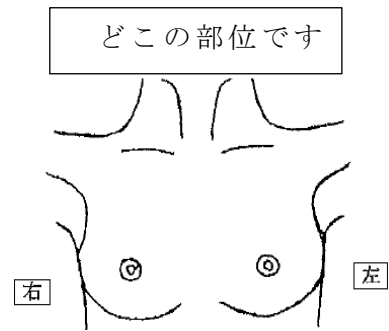
8,現在妊娠中ですか ない ある（ \_\_\_\_\_ ヶ月）

9,現在授乳中ですか ない ある（産後 \_\_\_\_\_ ヶ月）

出産回数（ \_\_\_\_\_ 回）（ 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 ）

10, 現在、女性ホルモン剤の使用はありますか ない ある

11,ペースメーカーや除細動器や CV ポート、シャントチューブ入っていますか ない ある



# 内科・外科問診票

ふりがな	記載日： 年 月 日
お名前： _____	性別： _____ 生年月日：(昭・平・令) 年 月 日 年齢： _____ 歳
携帯電話番号： _____	
〒 _____	
住所： _____ 都道府県 _____ 市区町村 _____	
身長 ( _____ ) cm 体重 ( _____ ) kg 体温 ( _____ ) °C	
※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おります。	
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力をお願い致します。	
※他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
※この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

1. どのような理由で受診されましたか？

(いつ頃から、どのような症状があるのか出来るだけ具体的にお書きください)

\_\_\_\_\_

2. 現在、他の医療機関に通院していますか？

はい (病名： \_\_\_\_\_ 病院名： \_\_\_\_\_ 直近の受診日： \_\_\_\_\_ )  いいえ

3. 過去に診断された病気はありますか？

はい (病名： \_\_\_\_\_ )  いいえ

4. 現在飲まれているお薬があれば、教えてください。\*お薬手帳をお持ちの方は診察時に提出してください。

\_\_\_\_\_ かかりつけ医 ( \_\_\_\_\_ )

5. アレルギーや副作用について

①食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。

ある (食べ物の名前： \_\_\_\_\_ )  ない

②薬で副作用が出たことがありますか。

ある (薬の名前： \_\_\_\_\_ )  ない

6. 喫煙について

吸っていない

過去に吸っていた (1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間 ( \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで)

現在も吸っている (1日 \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年間 ( \_\_\_\_\_ 歳から)

7. 飲酒について

ほぼ毎日飲酒 (種類： \_\_\_\_\_ 量： \_\_\_\_\_ )  たまに飲酒  お酒は飲まない

8. あなたもしくは近親者に2週間以内の渡航歴はありますか。

ある ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 国名： \_\_\_\_\_ )  ない

9. 女性のみお答えください。

① 月経は？ ( 順調 ・ 不順 ・ 閉経 )

② 現在、妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ ・ わからない )

10. ご希望や不安などございましたらご記入ください

\_\_\_\_\_

以上です。ありがとうございました。