乳 腺 問 診 票

受診日：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　年齢：＿＿＿＿＿歳

【妊娠について】	【豊胸術の有無】	【ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ及び脳室ｼｬﾝﾄの有無】
現在：□ 無し　□ 可能性有り	□ 無し	□ 無し
□ 妊娠中（＿＿＿ヶ月目）	□ 有り（＿＿＿歳頃）	□ 有り
過去：妊娠回数＿＿＿＿＿回	□ 生食ﾊﾞｯｸﾞ	※「有り」の方はﾏﾝﾓｸﾞﾗﾌｨｰ検査は医師の判断になります
出産回数＿＿＿＿＿回	□ ｼﾘｺﾝﾊﾞｯｸﾞの挿入	
	□ ﾋｱﾙﾛﾝ酸・脂肪などの注入	

今回受診される理由をお答え下さい

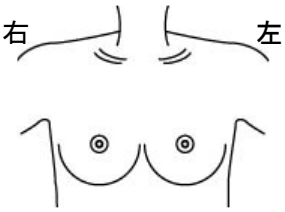
① 自覚症状

・乳房のしこり　□無し　□有り（＿＿＿＿月＿＿＿＿日より）

・乳房の痛み　□無し　□有り（＿＿＿＿月＿＿＿＿日より）

・乳頭からの分泌物　□無し　□有り（＿＿＿＿月＿＿＿＿日より）

・気になる部位にマークを使ってご記入ください



☆　しこりのあるところ
///　痛みのあるところ
×　その他の症状
（　　）

② 検診・ドック・にて外来受診勧められる

・②を受けた日にち　＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日頃（　当院　・　他院　）

・実施した検査　□触診　□マンモグラフィー　□超音波

・その時言われた内容（　　）

③ 他院からの紹介状　□有り　□無し

・手術後経過観察中　手術日＿＿＿＿年＿＿＿＿月頃

・症状経過観察中

④ その他（　　）

【既往歴】

今までにかかったことのある病気に☑をつけてください。

□冠動脈疾患・心筋梗塞　□B 型肝炎・C型肝炎・その他感染症（　　）

□脳梗塞・末梢血管疾患　□糖尿病　□高血圧　□膠原病　□腎機能障害

□乳腺以外の悪性腫瘍・悪性血管疾患・悪性リンパ腫など

（　歳：　）（　歳：　）

□その他（　　）

現在内服中の薬はありますか？

□無し　□有り（　　）

手術は受けたことはありますか？

□無し　□有り（　歳：　）（　歳：　）

アレルギーはありますか？

□無し　□有り（　　）

注射や内服薬によって、アレルギー反応を起こした事がありますか？

□無し　□有り（薬品名：　　）

※裏面もご記入ください。

【婦人科歴】

婦人科の手術歴はがありますか？ □無し　□有り（　　歳：　　）（　　歳：　　）
ホルモン剤を使用していますか？ □無し　□有り（薬品名：　　） □過去に使用していた（　　前まで　薬品名：　　）
月経についてお答えください □規則的（　　日周期）　□不規則　□閉経（　　歳） 最近の月経　　月　　日　～　　月　　日頃まで
授乳経験はありますか？ □無し　□有り　□授乳中（　　ヶ月）

【家族歴】

ご家族（両親・兄弟姉妹・祖父母・叔父・叔母など）に、乳がん・卵巣がん・その他のがんの既往歴はありますか？

□無し　□有り　□不明

→有りの場合、続柄、診断名、診断された年齢を教えてください。

あなたとの関係（続柄）	診　断　名	診断年齢

【その他】

マイナ保険証読み取り時に診療情報取得に同意しましたか？

□同意しなかった　□同意した　□マイナンバーカード非使用

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。
【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】を算定します（初診時に 2 点または 6 点）
※マイナ保険証利用の有無、および過去の情報提供同意の有無などにより点数が変わります。

診療所こころとからだの元氣プラザ