

乳腺外来問診票

受診日 年 月 日

受診者

フリガナ		生年月日	大正		
氏名	男・女		昭和	年	月
			平成		日

問診

マイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？	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
受診時期・指摘事項等（ ）		
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？	はい	いいえ

乳房に関して当てはまる項目に○をお願い致します。

1. 乳頭からの分泌（なし・ある）（右・左）	（赤・白・黄色・茶色・その他）
2. 乳頭の変形（なし・ある）（右・左）	
3. 乳房・脇に痛み（なし・ある）（右・左）	
4. 乳房に《しこり》（なし・ある）（右・左）	（気づいたのは 年 月 日頃）
5. その他	

月 経	・閉経前	・閉経後	
結 婚	・未婚（離別）	・結婚	出産回数（ 回）
今までにかかった	・なし	・ある（あるの方は下記の当てはまる番号に○をお願いします。）	
乳腺の病気	（ 1）乳腺炎 2）乳腺症 3）線維腺腫 4）乳がん・しこりの手術 5）ホルモン療法 6）その他（ ）		
血縁に乳癌	・なし	・あり（母・妹・姉・娘・おば ）	

1. 現在妊娠の可能性（ある 週 日・ない）
2. 現在授乳して（いる・いない）
3. 現在ピルを服用して（いる・いない）
4. ペースメーカー（あり・なし）
5. シヤント、その他胸部への挿入物（あり・なし）
6. 豊胸術（あり： シリコン挿入・脂肪注入・ヒアルロン酸注入 ・ なし ）

1) 今までにかかった大きな病気・手術等がありますか？具体的にお書き下さい。	・いいえ	・はい（病名 ）
2) 通院中の病気はありますか？	・いいえ	・はい（病名 ）
3) 内服している薬はありますか？	・いいえ	・はい ※はいの方はおくすり手帳をご準備ください。

最近1ヶ月の間海外に行かれたり、行った方と接触しましたか？	いいえ	・ はい
はいの方に お伺いします	行先又は相手の行先 （ ）	渡航期間又は接触した日 日間 月 日

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お願い致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算1 4点 加算2 2点（マイナ保険証を利用した場合）