

# 乳腺疾患患者さんへの問診票

フリガナ

氏名：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_歳 当院受診日：西暦 年 月 日  
生年月日：大・昭・平 \_\_\_\_年\_\_月\_\_日 当院診察券番号：  
住所：（〒 \_\_\_\_\_ ） 電話番号：（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

勤務先電話又は携帯電話番号：\_\_\_\_\_

職業：\_\_\_\_\_ 結婚：（未婚・既婚・離婚・死別）

身長：\_\_\_\_\_cm 体重：\_\_\_\_\_kg 初潮：\_\_歳 閉経：\_\_歳

最終月経：\_\_月\_\_日から\_\_月\_\_日まで 月経周期：約\_\_日（整・不整）

妊娠出産：妊娠：\_\_回 出産：\_\_回 初産：\_\_歳 流産\_\_回 挙児希望【 ある ・ ない 】  
現在妊娠中ですか【 はい（妊娠\_\_ヶ月） ・ 妊娠の可能性が ある ・ ない 】

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。

■マイナ保険証による診療情報取得に同意 する ・ しない ・ 持っていない

既往歴（以前かかったことのある病気）

1. 乳腺の病気：病名）\_\_\_\_\_ 歳の時
2. ほかの病気：病名）\_\_\_\_\_
3. アレルギー：
4. 現在服用中の薬：

家族歴（血のつながりのある親戚まで）※記入例（続柄：母 年齢：36歳）

1. 乳癌（誰が？何歳の時？）：（続柄：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_歳）（続柄：\_\_\_\_\_ 年齢：\_\_歳）
2. その他癌 ※記入例（続柄：父：前立腺癌 75歳）（妹：卵巣癌 66歳）（叔父：膀胱癌 70歳）  
（続柄： : 癌 歳）（続柄： : 癌 歳）  
（続柄： : 癌 歳）（続柄： : 癌 歳）

★乳房の異常にどのようにして気づきましたか？ 気付いた時期・方法・気付いたことなど  
受診するまでの経緯をできるだけ詳しくご記入下さい。

★すでに受診された医院・病院名と受診日、これまで受けた検査の内容、診断の結果、  
勧められた治療法をできるだけ詳しくご記入下さい。

★3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか はい ・ いいえ

「はい」の方・渡航した国（都市まで記入）：\_\_\_\_\_ 渡航期間：\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日～\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日