乳房問診票　＿＿＿＿＿＿

フリガナ		生年月日	大・昭・平 年　　月　　日
氏　　名			
住　　所	〒　　－		
電話番号	自宅	携帯	

● 今日はどのようなことで受診されましたか。

□乳がん健診(検診)　□しこりがある（ 右 ・ 左 ）　□痛みがある（ 右 ・ 左 ）

□乳頭(乳首)から分泌物　（　乳汁、血液　）がある（ 右 ・ 左 ）

□健診(検診)後の精密検査　□その他（　　）

● 乳がんと診断されたことはありますか？　□いいえ

□はい（　右・左　）手術（　　年　　月頃　）

● 血縁関係の方に乳がんの方はいらっしゃいますか。　□いいえ　□はい　（続柄：　　）

● 豊胸手術・乳房再建手術等を受けたことはありますか。　□いいえ　□はい

● 現在何かお薬を服用されていますか。　□いいえ　□はい（　　）

● 最終の生理はいつでしたか。　（　　年　　月　　日終了）

○　閉経された方へお伺いします。　閉経されたのは何歳でしたか　（　　歳）

● 妊娠、出産の経験はありますか。　□なし

□ある（妊娠　　）回　（出産　　）回

○　妊娠、出産の経験のある方へお伺いします。

＊ 母乳はでましたか。　□出た　□出なかった

＊ 授乳の状況はどうでしたか。　□完全母乳　□混合　□完全人口乳

● 乳がん健診を希望される方へ

＊ 乳房エックス線撮影（マンモグラフィー）を受けたことがありますか。　□いいえ

□はい　：一番最近受けられたのはいつですか。（　　年　　月 頃　）

＊ 乳房超音波検査（エコー）を希望されますか。　□ はい　・ □ いいえ

● 現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか。　□ はい　・ □ いいえ

● 現在授乳中ですか。　□ はい　・ □ いいえ

● もし乳がんと診断された場合に病名の告知を希望されますか。　□ はい　・ □ いいえ

● マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。　□ はい　・ □ いいえ

◆患者様へのお願い◆

◇ 当クリニックは、マイナ保険証の利用や問診票等を通じて患者様の診療情報を取得・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。

◇ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算が加算となります。

◇ 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。

※ご記入いただいた項目の個人に関する情報は、当院の個人情報利用目的以外には使用いたしません。

岸田メディカルクリニック