

問診票

記入日 _____

氏名： _____ 年齢： _____ 生年月日： _____ / _____ / _____

- 来院の目的について（複数回答可）
 - 乳房の異常が心配で受診した。
 - 乳がん検診の結果、精密検査を勧められた
 - 他院からの紹介・転院
- 自覚症状について（あり/複数回答可 ・ なし）
 - しこり：右 左 乳房 乳頭 わきの下 いつから? _____
 - しこりの場合大きさの変化はありましたか？（あり・なし）
 - 痛み：右 左 乳房 乳頭 わきの下 いつから? _____
 - 乳頭から分泌物：右 左 色は? _____ いつから? _____
 - その他

- 現在の妊娠 (あり・なし) • 授乳歴の有無 (あり・なし)
- 妊娠回数 (回) • 現在の授乳の有無 (あり・なし)
- 出産回数 (回) • 現在の月経の有無 (あり・なし)
- 初産年齢 (歳) 最終月経開始日 _____ 月 _____ 日
- 子の年齢 _____ 閉経年齢 _____ 歳
- ピルの内服の既往 (あり・なし) • 初潮年齢 (歳)
- ホルモン療法の既往 (あり・なし) • 豊胸術/ハ°-メ-カ/PV シャットの有無 (あり・なし)
- アレルギー・副作用 (あり・なし)

薬剤名： _____ 内容： _____

- あなたの病気の既往歴：
 - 乳房：なし・あり：乳がん、のう胞、線維腺腫、乳頭腫、乳腺症、その他
 - 卵巣：なし・あり：卵巣がん、卵巣のう腫、その他
 - そのほかの病気：

• がんの家族歴： 例) 父方の祖母 乳がん 68 歳 母方のおば 大腸がん 50 代

- 一番最近の乳がん検診は、
 - 年 月ごろ、触診・超音波・マンモグラフィ 精密検査：なし・あり
 - 検診の種類 (市町村の検診・職場の検診・その他)
 - 受けた場所 集団 (バス・保健センター)・施設名 ()
- その前の乳がん検診は、
 - 年 月ごろ、触診・超音波・マンモグラフィ 精密検査：なし・あり
 - 検診の種類 (市町村の検診・職場の検診・その他)
 - 受けた場所 集団 (バス・保健センター)・施設名 ()
- 乳がん検診は受けたことが無い

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

記載日： 年 月 日 氏名： _____

感染症対策のため問診票を作成いたしました。ご協力をお願い致します。

質問	お答え	
新型コロナウイルスワクチンの接種はされましたか？	はい	いいえ
最終接種日 年 月 日 (回目) 接種部位 左上腕 右上腕 下腿 その他		
下記のような症状はありますか？ ※ 診察日当日にご記入ください	はい	いいえ
発熱 のどの痛み 鼻水 せき 息苦しさ だるさ 吐き気や嘔吐 下痢 臭いがわかりにくい 味がわかりにくい		
新型コロナウイルス陽性になったことがありますか？	はい	いいえ
時期 年 月 日		
1カ月以内に新型コロナウイルス陽性の方と一緒にいたことがありますか？	はい	いいえ

記載ありがとうございました。
院長 植野 映