乳腺外科外来問診票

記載日：　　年　　月　　日
記入者：＿＿＿＿＿＿＿＿関係：＿＿＿＿

当院は教育機関としての役割を担っている大学病院です。診察には主治医の他に学生が研修のために同席をさせて頂くことがあります。何卒ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。

□同意します　□同意しません

ID：　　診療科：＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：　　年齢：＿＿＿＿＿＿＿＿

身長＿＿．＿cm　体重＿＿．＿Kg　体温＿＿．＿℃　血圧＿＿/＿＿mmHg　脈拍＿＿回/分

1．どのような症状がありますか？　☑を付けてください。
□しこり　□痛み　□乳頭からの分泌物　□乳頭の湿疹　□皮膚のへこみ
□検診で異常　□その他（＿＿＿＿＿＿＿＿）
いつ頃からの症状ですか？＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日頃より

2．乳がん検診を受けたことは？　□なし　□あり（□毎年　□2 年毎　□　　年前）

3．妊娠歴について　□なし　□あり（妊娠回数　　回）　下記表にご記入ください。

妊娠年齢	分娩状況	授乳の有無・期間
1.＿＿歳	1.正常　2.早産　3.人工流産　4.自然流産	1.なし　2.あり　ヶ月
2.＿＿歳	1.正常　2.早産　3.人工流産　4.自然流産	1.なし　2.あり　ヶ月
3.＿＿歳	1.正常　2.早産　3.人工流産　4.自然流産	1.なし　2.あり　ヶ月
4.＿＿歳	1.正常　2.早産　3.人工流産　4.自然流産	1.なし　2.あり　ヶ月

4．月経についてお聞きします。
初潮は何歳でしたか　＿＿歳
現在の月経は　□なし　閉経＿＿歳　（□人口閉経　□自然閉経）
□あり　周期＿＿日型　持続＿＿日（□規則的　□不規則）

5．ホルモン剤治療をうけたことがありますか？
□なし □あり (理由とホルモン剤の種類、治療年齢と治療期間をご記入ください)
理　由　（＿＿＿＿＿＿＿＿）
薬剤名　（＿＿＿＿＿＿治療年齢：　　治療期間：＿＿＿＿）

6．ご家族のご病気について教えてください。
①乳がんの方はいますか？　□いいえ □はい　（□母　□姉妹　□祖母　□娘　□叔母）
②乳がん以外のがんの方はいますか？
□いいえ□はい（どなたが：＿＿＿＿＿＿がんの種類：＿＿＿＿）

7．今までのご病気について教えてください。
□なし □あり　（病名：＿＿＿＿＿＿手術名：＿＿＿＿）

8．現在内服中の薬を教えてください。
□なし □あり　（薬剤：＿＿＿＿）
主たる、かかりつけ調剤薬局を教えてください　（＿＿＿＿☎＿＿＿＿）

9．食品薬物でアレルギー、じんましんが出たことがありますか？
□なし □あり　（原因物質：＿＿＿＿）

10. 飲酒はしていますか　□いいえ □はい（週　　日）　種類（　　/1 日量　　mL）

11. 喫煙はしていますか　□いいえ □はい（　　本/日・　　年間）　□（　　）年前まで吸っていた

12. 物忘れが増えた、お金の管理が難しい等の症状がありますか　□いいえ　□はい

13. この半年の間に転んだ経験はありますか　□いいえ　□はい

生活に関する情報のご記入をお願いいたします

1．介護保険は利用していますか?

□未申請　□申請中　□申請済（□要介護 1･2･3･4･5　□要支援 1･2　□非該当）

2．下記のご担当者の連絡先をご記入ください。

地域包括支援事業所 ＿＿＿＿ 事業所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿
ケアマネージャー ＿＿＿＿ 事業所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿
生活保護ケースワーカー ＿＿＿＿ 福祉事務所　担当者＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

3．同居されている家族について教えてください。

□1人暮らし　□配偶者と2人暮らし　□他家族と同居（ 詳細：　　）
【主な生活支援者】　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

4．病状や治療についての説明は、どなたがお聞きになりますか?（複数可）

□自分
□自分以外　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿
　あなたのキーパーソンはどなたですか　氏名＿＿＿＿ 関係＿＿＿＿ ☎＿＿＿＿

5．今、身体的な苦痛や日々の生活で不安に思うこと、辛いと思うこと等をご記入ください。

6．今後の生活で大事にしていきたいことを教えてください。

例）仕事は続けたい、家で過ごしたい、家族との時間、旅行を楽しみたい等々

7．臓器提供意思表示カードをお持ちですか？(□はい　□いいえ)

当院は、マイナンバーカード健康保険証による情報を取得・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、マイナンバーカード健康保険証の利用にご協力をお願いいたします。