

診察申込書・問診票 乳腺

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
氏名					()才		
住所	〒 —			TEL	—	—	
				携帯	—	—	

マイナ保険証 なし あり

1	どのような症状で来院されましたか？ <input type="checkbox"/> 紹介状あり <input type="checkbox"/> 再検査 <input type="checkbox"/> 症状あり []
2	その症状はいつ頃からありますか？ <input type="checkbox"/> 本日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2~3日以内 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> それ以前 []
3	家族歴について <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 子供 [] 人 / 子供の年齢 []
4	月経について 最終月経 [月 日 ~ 日間] ・ 閉経年齢 [] 歳
5	血のつながった方に乳癌になった方はいますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [実母 ・ 実姉妹 ・ 娘 ・ 祖母 ・]
6	(女性の方)妊娠またはその可能性がありますか？ <input type="checkbox"/> はい [ヶ月] <input type="checkbox"/> いいえ 現在、授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	現在治療中、または今までかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高コレステロール血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> その他 []
8	今までに手術、輸血をしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []
9	現在、服用中の薬はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (お薬手帳等お持ちでしたらご提示ください) []
10	これまでに薬や注射や食べ物などでアレルギーを起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい []
12	この1年間で特定健診または高齢者健診をしましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい [受診時期：] [指摘事項：]

当院はマイナ保険証の利用や問診票等を通じて診療情報を取得、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・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。ご記入いただいた個人情報につきましては、“個人情報の利用目的”の範囲内で取り扱います。

ご記入ありがとうございました。

