ID：

記入日 令和　　年　　月　　日

お名前（カタカナ）	

☐ マイナ使用

医事課記入欄：

乳腺外科 問診票

1 **今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹,気分不快など）を起こしたことがありますか。**

薬,注射等のアレルギー

☐いいえ　☐はい　…薬剤名：　症状：

食べ物のアレルギー

☐いいえ　☐はい　…食べ物：　症状：

2 **いつ頃からどのような症状でお困りですか。**

いつ頃からですか　＿＿＿＿＿＿＿＿　頃から

どのような症状ですか

☐ しこりがある　（右 ・ 左）　☐ 乳頭から分泌物が出る　（右 ・ 左）
☐ 乳房に痛みがある　（右 ・ 左）　☐ 乳がん検診の再検査　（右 ・ 左）
☐ 乳房が張る　（右 ・ 左）　☐ その他（　　）

3 **女性の方のみお答え下さい。**

月経について　☐ 初経（　　）歳　☐ 順　☐ 不順　☐ 閉経（　　）歳

妊娠,出産,授乳について

・ 妊娠中,妊娠の可能性　☐ なし　☐ 妊娠中または可能性あり
・ 出産経験　☐ なし　☐ あり … 初産（　　）歳　妊娠（　　）回　出産（　　）回
・ 授乳中　☐ いいえ　☐ 授乳中

4 **豊胸術を受けたことがありますか。**

☐いいえ　☐はい（種類：　例）ヒアルロン酸,シリコン,脂肪注入,パック）

5 **乳がん検診を受けたことがありますか。**

☐いいえ　☐はい　… 最後に受診した検査種と、受診した年月をおしえてください。

☐ エコー　☐ マンモグラフィ　（　　年　　月）

6 **血縁者で乳がんにかかった方がいる方は記入して下さい。**

〔 続柄：　〕

7 **現在、内服している薬がある場合は記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察時、医師にお見せ下さい。**

〔　〕

8 **現在、他の病院にかかっている方は記入して下さい。**

〔 病名：　医療機関名：　〕

9 **今までに大きな病気,ケガ,手術歴などがありましたら記入して下さい。**

〔 病名：　（　　歳 ）　〕

10 **日常生活について、お答え下さい。**

たばこについて　☐ 吸わない　☐ 吸っていた　☐ 吸っている

本数：1日に（　　）本位　期間：（　　）年間位

アルコールについて　☐ 飲まない　☐ 時々　☐ 毎日

・ お酒の種類（　　）・ 量 ☐ 1～2杯　☐ 2～3杯　☐ 3杯以上

＜＊＞**当クリニックでは検査室にお子様を同伴させることが出来ません。**
診察・検診中のお子様のお預かりは出来ませんので、モール内の一時預かり施設をご利用下さい。

↓ ここからはマイナンバー保険証による質問事項です。必ずご回答ください。 ↓		
○マイナ保険証による診療情報の取得に同意する。	☐はい	☐いいえ
○他の医療機関からの紹介状を持っている。	☐はい	☐いいえ
○現在、他の医療機関に通院している。 ※通院されている方 医療機関名　受診日　治療内容	☐はい	☐いいえ
○この1年間で特定健診及び高齢者健診を受診した。	☐はい	☐いいえ

ドクターランド幕張は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
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致します。
※（マイナ保険証を利用した場合）医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算１　4点
加算２　2点

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。