

乳腺問診票兼診察票

令和 年 月 日

ID		生年月日	明・大 昭・平・令	年 月 日
フリガナ				
氏名		年齢	歳	性別 男・女

問診事項 ※該当するところを☑をつけ必要事項を記入してください。

① 痛み ある(右・左 月経との関係 ある ない) ない

② しこり ある(右・左 いつから) ない

③ 乳首の変化 ある(右・左 いつから) ない

④ 分泌物 ある(右・左 いつから) ない

⑤ 乳腺の病気 ある(歳の時) ない

⑥ 乳房整形術・豊胸術 ある(歳の時) ない

⑦ 月経について ある(最終 月 日～ 月 日 順調・不順)
ない(閉経・婦人科手術・その他())

⑧ 現在妊娠中 はい(カ月) いいえ

⑨ 現在授乳中 はい いいえ

⑩ 乳がん検診の経験 ある(月 日 病院 保健センター) ない
異常なし その他()

⑪ 薬・食物アレルギー ある (内容:) ない

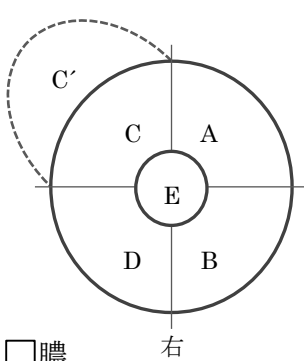
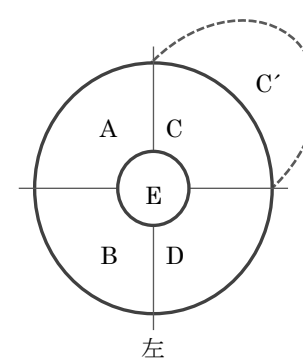
⑫ 治療歴 心臓ペースメーカー埋め込み VPシャント 前胸部静脈ポート留置

⑬ 血縁の方に乳がんの方はいますか? 母 父 おじ おば いとこ 他() ない

⑭ 血縁の方に乳がん以外のがんの方はいますか? (具体的に)
大腸がん 胃がん 子宮がん 卵巣がん 膵がん 肝臓がん その他 () ない
どなたが? () () () () () () () ()

診察所見

腫瘍・硬結	
境界	<input type="checkbox"/> 鮮明 <input type="checkbox"/> 不鮮明
表面	<input type="checkbox"/> 平滑 <input type="checkbox"/> 細顆粒状 <input type="checkbox"/> 粗大顆粒状 <input type="checkbox"/> 凸凹不整
硬度	<input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 弾性硬 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 波動
可動性	
固定	<input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 胸筋 <input type="checkbox"/> 胸壁
dimpling	(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -) 皮膚所見 その他
圧痛	(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)
自発痛	(<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -)
リンパ節	
異常分泌	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 漿液性・ <input type="checkbox"/> 血性・ <input type="checkbox"/> 乳・ <input type="checkbox"/> 膿

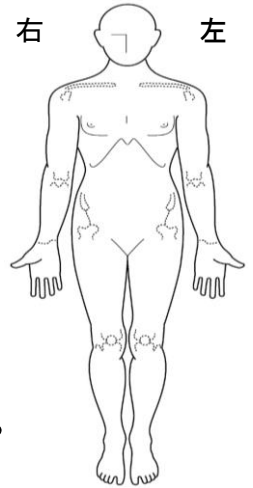
医師

問 診 票

(1)本日はどのような症状でこられましたか？症状または部位に○をつけてください。

体温(受付にて 度)

熱発・咳・痰・咽頭痛・鼻水・息苦しい
腹痛・便秘・下痢・嘔気・嘔吐・吐血・黒色便
血圧が高い・胸痛・動悸・背中が痛い・むくみ
頭痛・しびれ・麻痺・しゃべりにくい・めまい
紹介状持参・健診にて異常あり・発疹・かゆみ



上記症状を詳しく
もしくは
上記以外の症状

[]

(2)それはいつ頃からですか？ ()

(3)下記の病気で治療中又は過去に治療を受けられたことはありますか？
あれば○をつけて下さい。

高血圧症・腎臓病・心臓病・脳梗塞・脳出血・糖尿病
前立腺肥大症・緑内障・喘息・肝臓病・結核・血液病
悪性腫瘍(脳腫瘍・ 癌等)・その他手術等()

(4)現在服用中のくすりはありますか？ いいえ・はい(当院・他院)

他院より頂いたお薬の名前を記入してください。または薬手帳のご提示をお願いします。
()

(5)この1ヶ月間に海外へ行かれたか？

いいえ・はい 場所() 帰国日(/)

(6)家族・学校・職場などにて、下記の病気の方はおられますか？ あれば○をつけてください

新型コロナウイルス・インフルエンザ・ノロウイルス・おたふくかぜ
麻疹・風疹・水痘(みずぼうそう)・その他感染症等()

(7)お薬や食べ物でアレルギーを起こされた事がありますか？

いいえ・はい ()

(8)希望する診療科または医師はおられますか？ いいえ・はい ()

(9)飲酒や喫煙はされますか？ いいえ・飲酒()・喫煙(1日 本 / 年)

(10)女性のみ・・・ 該当なし 妊娠中(予定日 年 月 日)・妊娠の可能性あり・授乳中・生理中

(11)内科受診の方のみ・・・ 本日の診察でインフルエンザ検査を希望されますか？

はい(検査は 初めて)・いいえ ※発症後24時間経過しないと正確な結果が出ない場合があります。
また2回目(他院1回目含む)以降の検査費用は自費となります。

(病院側記入欄)インフル施行者 印

日 付 令和 年 月 日

患者名 (歳) 男・女

記入者 (続柄)

診 療 申 込 書		受診日 令和 年 月 日	
ふりがな		性 別	旧 姓
氏 名	姓 名	男 ・ 女	
生年月日	M T S H R 年 月 日	年齢	歳
現 住 所	〒 —		
	ふりがな 都 道 府 県 市		
連絡先① ()	— —	連絡先② ()	— —
病院使用欄 ID		※連絡先が、本人以外に繋がる場合は、 関係を()内に記載をお願いします。	
