

診察用問診票

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

生年月日

氏名

昭・平 年 月 日 (歳)

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか？

ない ある 紹介元

I 乳がん検診を受けたことがありますか？

ない ある 受けた年 (今年、1・2・3・4・5 年前)

検診機関

結果で何か指摘されましたか？

II 今回のような症状がありますか？

乳房に気になる症状がある

しこり (右 左 両方) いつ気付きましたか？ 頃から

痛み (右 左 両方) どのような痛みですか？

分泌物 (右 左 両方) 分泌物の色や量は？

その他

症状はないが、乳がん検診で精密検査を受けるように言われた

検診日 令和 年 月 日 検診機関

甲状腺に症状がある

どのような症状ですか？

その他

III 月経について (最後の月経が終わって1年以内の方は、あるとお答えください)

ある ない 閉経年齢 歳 (自然・手術)

IV 妊娠・出産について

妊娠歴について ない ある (妊娠 回 現在妊娠中 ヶ月)

出産歴について ない ある (..... 回)

V 配偶者について

いない いる

VI ご病気について

1. 過去に治療した病気や現在治療中の病気はありますか？

ない ある 病名_____ 歳の時
_____ 歳の時

2. 現在、飲んでいるお薬はありますか？

ない ある 薬剤名_____

※お薬手帳をお持ちの方はお見せ下さい。

3. 今まで手術を受けたことがありますか？

ない ある 病名_____ 歳の時

4. 今まで乳腺の病気をしたことがありますか？

ない ある 病名_____ 歳の時

5. 女性ホルモン補充療法を受けたことがありますか？

ない ある 病名_____ 歳の時

VII 血縁者の病歴について

1. 乳がんにかかった方はいますか？

いない いる (母・姉・妹・祖母・娘・その他_____)

2. その他の悪性腫瘍(癌)にかかった方はいますか？

いない いる (関係と病名_____)

VIII アレルギーについて

1. 食品 ない ある (食品名・症状_____)

2. 薬 ない ある (薬剤名・症状_____)

3. 消毒用のアルコール綿にかぶれますか？ いいえ はい

IX 身長 約_____cm 体重 約_____kg

以上です。ありがとうございました。

※今回記入していただいた内容は診察以外の目的には使いません。

《看護師記入》

体温_____℃ 血圧_____/_____mmHg 脈拍_____