

フリガナ

お名前 (男・女) 大・昭・平・令 年 月 日

お電話番号 自宅() - 携帯 - -

ご住所 〒 -

① 来院されるきっかけとなった症状を教えてください

 乳癌検診で異常があると言われた→ (蒲郡市の乳癌検診 ・ その他の乳癌検診)

その際、行った検査 (超音波 ・ マンモグラフィー)

本日、超音波の画像やマンモグラフィーはお持ちですか? (はい ・ いいえ)

 自覚症状がある→ (左胸 ・ 右胸 ・ 両胸) いつ頃からですか? ()

しこり・痛み・乳頭からの異常な分泌・乳頭の変形・左右の形の違い

発赤・腫れ・ただれ・えくぼ・ひきつれ

 その他 ()

② 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (はい ・ いいえ)

③ 今まで乳癌検診を受けたことがありますか?

 はい (いつ受けましたか?) いいえ

④ 家族・親族に乳癌の方はいますか?

 はい (続柄:) いいえ

⑤ 今までに乳腺の病気をしたことがありますか?

 はい (歳頃) いいえ

病名 (: 左胸 ・ 右胸 ・ 両胸)

治療方法 (手術 ・ 内服 ・ その他 ())

⑥ 今までにホルモン治療を受けたことがありますか?

 はい (いつ頃ですか?) いいえ

⑦ 現在、治療中の病気はありますか? (はい ・ いいえ)

通院中の病院名:

病名: 高血圧・コレステロール・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・脳卒中・前立腺肥大

喘息・緑内障・がん()・その他()

★裏面の記入もお願いいたします★

⑧ 服用中のお薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

本日お薬手帳はお持ちですか？

はい （ 紙のお薬手帳 ・ 電子お薬手帳 ）

いいえ お薬の名前を教えてください

（ ）

⑨ 今までに、食べ物、薬等でアレルギーを起こしたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）

食べ物・薬 等の名前（ ）

⑩ 女性の方にお尋ねします

・初潮（満 ）歳 ・閉経（満 ）歳

・最近の月経（ ）月 ）日から ）日間、 正常 ・ 不順 ）

・妊娠回数（ ）回 ・出産回数（ ）回→初産（ ）歳

（診察上、レントゲン撮影や薬との兼ね合いがありますので、お聞かせください）

妊娠中ですか？（ いいえ ・ はい／予定日 ）年 ）月頃 ・ 妊娠可能性あり ）

授乳中ですか？（ いいえ ・ はい ）

⑪ この1年間で特定健診および後期高齢者健診を受診しましたか（ はい ・ いいえ ）

⑫ 領収書とは別に詳しい医療費明細書の発行は必要ですか （ はい ・ いいえ ）

⑬ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか （ はい ・ いいえ ）

⑭ 差し支えなければ、当院を知ったきっかけを教えてください（複数回答可）

医療機関からの紹介 家族・友人・知人が通っている 近所だから 看板を見た

ホームページを見た 蒲郡市からの健診や予防接種のワクチン案内 Facebook ページ

以前通院していた その他（ ）

当院は診療情報を取得・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、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算①4点 加算②2点（マイナ保険証を利用した場合）

★ご協力ありがとうございました★