

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)

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 いつ頃からですか? ()

③ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? (はい ・ いいえ)

④ 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

⑤ 家族・親族に乳癌の方はいますか?

 はい (続柄:) いいえ

⑥ 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 (_____))

⑦ 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**★裏面の記入もお願いいたします★**

⑧ 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（ ）

⑨ 服用中のお薬はありますか？（ はい ・ いいえ ）

⑩ 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

（ ）

⑪ 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（ ）

⑫ 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 ）

⑬ 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 ）

⑭ 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 ）

⑮ 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 ）

⑯ 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

★ご協力ありがとうございました★