

ブレストセンター 問診票

他院より持参された資料（含フィルム）がある場合は受付に提出してください。

フリガナ _____

氏名 _____

年齢 _____

紹介状の有無に関わらず詳しくご記入ください。

乳がん検診は定期的に受けていますか？

いいえ はい

はいと答えた方頻度は？ 1年に1回 2年に1回 数年に1回

最終受診日は？ 年 月

今回異常が発見されたきっかけは？

自己発見 検診（自覚症状あり） 検診（自覚症状なし） その他（ ）

他院で受けた検査は？

マンモグラフィ 超音波 MRI 細胞診 針生検 その他（ ）

他院で乳がんまたは乳がん疑いと言われましたか？

言われた 言われていない 分からない

これまでの経過を詳しく記載ください（いつから、どこで、どんな検査を受けたかなど）。

【既往歴】

今までにかかったことのある病気に☑をつけてください。

冠動脈疾患・心筋梗塞 B型肝炎・C型肝炎・その他慢性肝疾患

脳血管・末梢血管疾患 糖尿病（内服 インスリン）

心不全 高血圧 COPD 膠原病 腎機能障害

乳癌以外の悪性腫瘍・悪性血管疾患・悪性リンパ腫など

（ 歳： ）（ 歳： ）

その他（ ）

アレルギーはありますか？ □無 □有 ()
手術を受けたことはありますか？ □無 □有 (歳:) (歳:)
現在内服中の薬はありますか？ 例：高血圧の薬でも結構です。 □無 □有 ()
タバコは吸いますか？吸っていましたか？ □無 □有 (1日喫煙数 本・ 年間喫煙・禁煙から 年)
お酒は飲みますか？ □無 □有 (量 ・1週間に 回)

【婦人科歴】

月経状況 初経 歳 □閉経前 (□順調 □不順 (日型) (日間)) □閉経 歳
最終月経： 月 日～ 月 日
結婚 □既婚 □未婚 (□パートナーがいる □いない) □離婚 □死別
妊娠・出産 □妊娠 回 □出産 回 □妊娠中 (予定日： 月 日) □妊娠の可能性あり
授乳歴 □無 □有 □授乳中 (ヶ月)
ホルモン補充療法歴 □無 □有 (薬剤名)
これから妊娠・出産を考えていますか？ □はい □いいえ □わからない 当院には妊孕性温存外来があります。妊娠や出産について相談したいですか？ □考えている □考えていない □わからない

【家族歴】

ご家族（両親、兄弟姉妹、息子、娘、祖父母、孫、おじ、おば、甥姪、いとこ、大おじ、大おば、曾祖父母、曾孫）の「がん」の既往歴についてお伺いします。

①ご家族の中で、乳がん（男性乳がん含む）と診断された方はいますか？

□いる □いない □わからない

→いる場合には、あなたとの関係（続柄）、診断された年齢を教えてください。

あなたとの関係（続柄）	診断年齢（ヒダリ・ミギ）
(例) 母	45歳（ヒダリ）、48歳（ミギ）

②ご家族の中で、卵巣がん、すい臓がん、前立腺がんと診断された方はいますか？

いる いない わからない

→いる場合には、あなたとの関係（続柄）、診断名、診断された年齢を教えてください。

あなたとの関係（続柄）	診断名	診断年齢
(例) 父	前立腺がん	60歳

③ご家族の中で、上記以外のがんと診断された方はいますか？

いる いない わからない

あなたとの関係（続柄）	診断名	診断年齢
(例) 父方おば	子宮体がん	50歳

【職業】

仕事 していない している（職種： _____）

雇用形態

自営業 正社員 派遣社員・契約社員 パート・アルバイト その他（ _____）

治療に際して仕事を継続すること・両立することに対する支援相談を希望しますか？

希望する 希望しない わからない

【その他】

治療が必要になった際に相談できる方はいますか？

いない いる（どなたですか？ _____）

病院からの連絡をご家族にお伝えしてもよろしいですか？

可 不可

当院では学生実習を行っています。学生による問診にご協力をお願いします。

可 不可

当院は、マイナンバーカードの健康保険証利用で、オンラインにて患者さんの服薬情報や健診結果等を取得・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。