

# ◀ 乳腺外来

記入日： 年 月 日

氏名 様 / 生年月日 / 身長 cm / 体重 kg

他の医療機関からの紹介状を持参されていますか？ はい ・ いいえ

1. 乳腺検診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 前回検診 年 月
2. 乳腺のしこり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 右 左
3. 乳房のいたみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 右 左
4. 乳頭 (ちくび) 分泌	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 右 左
5. 脇の下のぐりぐり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 右 左
6. 月経	初経 ( 歳) 順 ・ 不順 日型
	最近の月経 ( 月 日より 日まで)
	閉経 ( 歳)
7. 結婚・出産	未婚 既婚 (結婚 歳)
	妊娠 回 出産 (児童) 回
	流産 : 自然 回 、人工 回 、死産 回
	授乳 : なし 母乳のみ 混合栄養 ミルクのみ
8. 現在、妊娠中または授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9. 乳腺の病気	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 、 歳時)
10. 婦人科の病気	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 、 歳時)
11. その他の病気	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 、 歳時)
12. 親族 (血縁の方) の病気	乳がん ( )
	その他のがん ( )
	その他の病気 ( )
13. 現在服用されている薬はありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
14. 薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
15. マイナンバー保険証による診療情報取得に同意しましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16. この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

2022年10月17日改訂