

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい    いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい    いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月    指摘事項： \_\_\_\_\_ ）  
 いいえ

1. どのような症状で来院されましたか。 ※（ ）にいつからかお書きください。

乳房のしこり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（ _____ ）
乳房の痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（ _____ ）
乳頭からの分泌	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（ _____ ）
わきの下のしこり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（ _____ ）
乳頭・乳房の 皮膚のくぼみ・変形	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（ _____ ）
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			

2. 今回受診に至ったきっかけをお書きください。

検診    その他（ \_\_\_\_\_ ）

3. これまでに乳がん検診および乳腺外来の受診歴はありますか。

なし    あり（ 最終検診 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ）

施設名 \_\_\_\_\_    結果 異常なし    異常あり

診断された病名があればお書きください。 \_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_

4. 現在、治療中の病気はありますか。

なし    あり（病名： \_\_\_\_\_ ）

5. 現在服用中のお薬はありますか。

なし    あり（薬品名： \_\_\_\_\_ ）

6. 今までに治療が必要な病気にかかったことがある方は下記にお書きください。

\_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_

7. 下記についてチェックをお願いします。

アレルギー(薬・食品など)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )
豊胸手術	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
体内埋め込み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり(ペースメーカー・ポート・水頭症シャント・他)

8. 血の繋がった方で癌にかかった方はおられますか。

乳がん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 母 子 祖母 姉妹 おば その他 ( )
卵巣がん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 母 子 祖母 姉妹 おば その他 ( )
その他の癌	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )

9. 月経、妊娠、出産についてお答えください。

月経	初潮 ( ) 歳	<input type="checkbox"/> 順調	<input type="checkbox"/> 不順	閉経 ( ) 歳
	最終月経	年	月	日
妊娠・出産	妊娠 ( ) 回	出産 ( )	現在妊娠中 ( ) ヶ月	
授乳歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 現在授乳中	
ホルモン補充療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	時期/期間 ( )	

10. 社会資源(訪問看護・通所リハビリ・短期入院サービス・デイサービス・ヘルパーなど)の利用がある場合

利用： ない ある (利用内容： )

在宅療養手帳： ない ある

介護認定度：(要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 )

ケアマネージャー( ) 施設( ) かかりつけ医( )

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致します。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)