

ブレストセンター受診の方へ

<問診票>

氏名:	年齢:	歳
受診日:	年	月 日
		診察券番号:

■こちらの記入内容は、当院で治療を受ける際とても大切な情報となります。紹介状の内容に関わらず、詳しくご記入ください。

定期的に乳がん検診を受けていましたか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は	年頃から 年毎に その他()
今回異常が発見されたきっかけは	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 自覚症状あり <input type="checkbox"/> その他()
他院で受けた検査:	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他()
自覚症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(口しこり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 乳頭分泌物 <input type="checkbox"/> その他()
他院で乳がん(疑い)と	<input type="checkbox"/> 伝えられた <input type="checkbox"/> 伝えられていない
他院で既に乳がんの治療を	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない
これまでの経過を詳しくご記入ください。	

■連絡先電話番号:() - 自宅 携帯 [本人 他()] 職場 その他()

■上記不在時:() - 自宅 携帯 [本人 他()] 職場 その他()

■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？ はい いいえ

■ブレストセンターからお知らせを出してよい住所をご記入ください。

〒

■お持ちになった他院のレントゲンフィルムは、次回3か月以内に診察予約がある場合は、直接ご本人に返却いたします。次回の診察予約がない場合、ご自宅に郵送いたしますがよろしいですか？ はい いいえ
「いいえ」の場合は紹介元の病院に返却いたします。返却不要の場合は当院で責任をもって処分いたします。

既往歴	今までにかかった病気、受けた手術についてご記入ください。			
高血圧	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断		
糖尿病	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断	インシュリン使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 治療中		
緑内障	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療中断		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(): <input type="checkbox"/> 治療中		
手術	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(歳) (歳)		
喫煙	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 1日()本 ()年間喫煙 / 禁煙から()年		
飲酒	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 量() ()年間飲酒 / 終了から()年		
その他	(歳) (歳)			
	(歳) (歳)			
婦人科歴	<input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 未婚(<input type="checkbox"/> パートナーがいる <input type="checkbox"/> いない) <input type="checkbox"/> 離婚(<input type="checkbox"/> パートナーがいる <input type="checkbox"/> いない) <input type="checkbox"/> 死別			
月経	初経: 歳 生理: <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経(歳) <input type="checkbox"/> 人工閉経(歳)			
	最終月経開始日 (年 月 日)		月経周期 (日)	
妊娠・出産	妊娠: 回	出産: 回	<input type="checkbox"/> 現在妊娠中: か月	<input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり
婦人科疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式:) <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣嚢腫 (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式:) <input type="checkbox"/> その他 () (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式:)		
授乳歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 有	不妊治療歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期 / 回数)	
ホルモン補充療法歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (時期 / 期間)		
内服薬・サプリメント	現在内服中のものはすべて開始時期とともにご記入ください。			
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

家族歴

血縁関係の方(父方、母方ともに従姉妹まで)についてご記入ください。

特に、がんの家族歴は、がんの遺伝を考える際にとても大切です。それにより、治療方針が変わる場合もあります。がんの遺伝について心配のある方は、早めにお知らせください(遺伝子検査から結果まで1か月を要するため)。

病気になった年齢(およそで結構です)や**受けた治療**もわかればご記入ください。

*乳房の線維腺腫、卵巣嚢腫、子宮筋腫、子宮内膜症などは、がんではありません。

*子宮がんには子宮頸がんと子宮体がんがあり、全く別の病気です。可能な限り区別してご記入ください。

■ 乳がん・卵巣がん

兄弟 / 子供:

母、母方の血縁:

父、父方の血縁:

■ その他のがん

兄弟 / 子供:

母、母方の血縁:

父、父方の血縁:

■ がん以外の病気

兄弟 / 子供:

母、母方の血縁:

父、父方の血縁:

職業

治療中に、どのように仕事を行うかを考えるための支援をしています。スタッフまでお尋ねください。

仕事 していない している 職種:

雇用形態 自由業 正社員 派遣職員・契約社員 パート・アルバイト

具体的な作業内容:

職場に安心して相談できる上司や産業医はいますか? いる いない わからない

勤務形態 夜間業務 無 有 フレックス・時短勤務 無 有 出張 無 有

休日 曜日 休暇制度 無 有

乳がんの診断や治療を受けることは、とても大きな不安を伴います。当院では精神腫瘍科の医師がそのようなケアを担当しています。 相談を 希望する 希望しない

お子様がいる多くの方は、ご自身の病気をお子様にもどのように伝えるか難しいと感じています。

当院では、チャイルド・ライフ・スペシャリストが相談をお受けします。 相談を 希望する 希望しない

これから妊娠・出産を考えている方は、女性総合診療部と連携して治療を行っていきます。

女性総合診療部受診を 希望する 希望しない