

ブレストセンター問診票

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。

年 齢		歳	受 診 日		年	月	日
-----	--	---	-------	--	---	---	---

定期的に乳がん検診を受けていましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他()
「はい」と答えた方は	歳頃から	年ごとに	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 交互に <input type="checkbox"/> 触診のみ
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()
他院で受けた検査は	<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(<input type="checkbox"/> 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()
- ご家族に病院からの連絡を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手紙を出してよい住所をご記入ください。

〒

- ご持参の他院レントゲンフィルム、CD-R 等は、次回3ヵ月以内に診察予約がある場合は直接返却いたします。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 (最終発作: 年 月)	
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"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 金属 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
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	心療内科等の受診歴 (歳) 睡眠薬・抗不安薬等の内服歴(歳)		
	(歳)	(歳)	(歳)
	(歳)	(歳)	(歳)

裏面もご記入ください

婦人科歴	
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: 週 日 <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 (手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 術式:) <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 / 内容 / 回数)
ホルモン補充療法歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(時期 / 内容 / 期間)
内服薬・サプリメント	現在内服中のものをご記入ください。またはお薬手帳をご持参ください。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名:
家族歴 (血縁関係の方、父方・母方ともに従姉妹まで) 病気になった年齢や受けた治療もわかればご記入ください	家族構成
■乳がん・卵巣がん <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	配偶者 <input type="checkbox"/> あり: 歳 職業: <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚
兄弟 / 子供:	パートナー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
母、母方の血縁:	実父: 歳 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
父、父方の血縁:	実母: 歳 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
その他のがん <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	子 (年齢・同居の有無)
■ 兄弟 / 子供:	
母、母方の血縁:	
父、父方の血縁:	ご自身の兄弟(年齢・同居の有無)
がん以外の病気 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
■ 兄弟 / 子供:	
母、母方の血縁:	サポートが得られる方
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 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している 職種:	
雇用形態 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 派遣職員・契約社員 <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない	
勤務形態 夜間業務 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし フレックス・時短勤務 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 出張 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
休日 曜日 休暇制度 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
その他	
【65歳以上の方にお伺いします】介護保険を申請していますか? <input type="checkbox"/> 申請済み : 要支援() : 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中(いつ) <input type="checkbox"/> 申請未	
お子さんをお持ちの方は、多くの方がご自身の病気を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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。 あなたは輸血を受けてもよいですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	