

問診票（乳腺外科）

フリガナ
氏名

年齢 歳(男・女)

受診日 年 月 日

1	<p>マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による情報取得に同意しますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>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いたします。</p> </div>
2	<p>他の医療機関からの紹介状はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
3	<p>本日はどうされましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>乳房の痛み <input type="checkbox"/>乳房のしこり <input type="checkbox"/>乳頭から分泌物が出る <input type="checkbox"/>乳房の赤み・腫れ</p> <p><input type="checkbox"/>乳房疾患の定期健診</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
4	<p>今までに何か病気にかかったり、手術を受けたりしたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>乳房疾患(乳がん <input type="checkbox"/>乳房嚢胞 <input type="checkbox"/>乳腺炎 <input type="checkbox"/>乳腺症 <input type="checkbox"/>その他())</p> <p><input type="checkbox"/>婦人科疾患(子宮がん <input type="checkbox"/>卵巣がん <input type="checkbox"/>その他())</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>心臓病 <input type="checkbox"/>脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/>肝臓病 <input type="checkbox"/>腎臓病</p> <p><input type="checkbox"/>甲状腺 <input type="checkbox"/>自己免疫疾患 <input type="checkbox"/>血栓症 <input type="checkbox"/>てんかん <input type="checkbox"/>精神疾患 <input type="checkbox"/>血液疾患</p> <p><input type="checkbox"/>悪性腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/>手術()</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p>
5	<p>現在内服中のお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ()</p>
6	<p>今までに薬や食べ物でアレルギー症状がでたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 薬 () 食べ物 ()</p>
7	<p>この1年間で健診(特定健診 または 高齢者健診)を受診しましたか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期 () 指摘事項 ()</p>
8	<p>血縁者(祖父母・両親・兄弟姉妹)に以下の疾患をお持ちの方はいらっしゃいますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (乳がん 子宮がん 卵巣がん) → はいに☑の方は、裏面もご記入ください</p>
9	<p>今までに妊娠や出産のご経験はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (妊娠__回 出産__回) <input type="checkbox"/>現在妊娠中__週</p>
10	<p>今までに乳がん検診を受けたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい 時期 () 指摘事項 ()</p>
11	<p>月経についてお尋ねします。</p> <p>初潮(初めての月経)____歳ごろ 閉経された方____歳ごろ</p> <p>最近の月経はいつごろありましたか？ ____年____月____日～</p>

遺伝性乳がん かんたんチェック

以下の質問にお答えください。(出来るだけ詳しくご記入ください)

母方、父方それぞれの家系について、乳がんの遺伝子があるか確認します。
質問に一つでも該当する項目があれば、あなたが遺伝性乳がん卵巣がん症候群である可能性は一般より高いと考えられます。

あなた自身を含めたご家族 ※1 の中に、以下の質問で当てはまる方がいらっしゃいますか。
「はい」の場合は、ご家族関係を()に記入してください。 例：(母、姉)

※1 家族とは、 <第1度> 両親、兄弟姉妹、子
<第2度> 祖父母、孫、叔父叔母、甥姪 を示します。

- ① 50歳未満で乳がんを発症した方がいますか？ 　　いいえ・はい()
- ② 年齢を問わず、卵巣がん(卵巣がん、腹膜がんを含む)の方がいますか？ 　　いいえ・はい()
- ③ ご家族の中で、お一人の方が時期を問わず、原発乳がん ※2 を2個以上、
または両側乳がんを発症したことがありますか？ 　　いいえ・はい()
※2 原発乳がんとは…乳腺から発生したがんのこと
- ④ 男性の方で乳がんを発症した方が2名以上いますか？ 　　いいえ・はい()
- ⑤ ご家族の中で、乳がんを発症した方が2名以上いますか？ 　　いいえ・はい()
- ⑥ トリプルネガティブ ※3 の乳がんを言われた方がいますか？ 　　いいえ・はい()
※3 トリプルネガティブとは…病理検査でわかる乳がんの分類の一つ
- ⑦ ご家族の中に BRCA ※4 の遺伝子変異が確認された方がいますか？ 　　いいえ・はい()
※4 BRCA…がん抑制タンパク質を生成する遺伝子のこと

ご協力ありがとうございました。

(2022.9.24 改訂)

医療法人社団 桐光会 調布病院