

# 外来（乳房）問診票

■咳が2週間以上続いている方はすぐに受付にお申し出ください。

\* 病状によって、診察順を変えていただく場合があります。ご了承ください。お待ちいただいている間に症状が強くなってきた場合には、職員にお声かけください。

ふりがな			
氏名			
年齢	歳	女	
身長	cm	体重	kg

年月日	年	月	日
来院時間	:		
VS測定時間	:		
VS	体温	°C	脈拍 回/分
	呼吸	回/分	血圧 /
	SpO <sub>2</sub>	%	
看護師サイン			

受診を希望される理由	どのような症状がいつからか記入してください。		
月経や妊娠歴についてお尋ねいたします。	①月経:あり・なし(最終月経: 月 日 閉経年齢 歳) ②結婚:未・既 ③現在妊娠中:あり(妊娠 週)・なし ④現在授乳中:あり・なし ⑤妊娠歴: 回 出産歴: 回 初産... 歳 ⑥流産歴: 回(人工回) ⑦授乳歴: 母乳・混合・人工 ⑧乳癌検診歴:あり(最終検診歴 歳)・なし ⑨肉親の癌疾患の方:あり・なし (続柄 病名 )		
今までにかかった病気 無し・有り	年齢 病名 病院名	歳  病院	歳  病院
手術経験がありますか 無し・有り	年齢 病名 病院名	歳  病院	歳  病院
現在かかっている病院/医院はありますか 無し・有り	病名 病院/医院	病院/医院	病院/医院
現在飲んでいるお薬 無し・有り	お薬手帳の携帯の有無:無し・有り 診察時に提示ください。 お薬手帳を携帯されていない場合 お薬内容(お薬・処方された病院)		
コロナワクチン接種 無し・有り	( )回接種		
喫煙歴 無し・有り	( )歳から吸い始め、1日( )本/先習慣を( )年前にやめた		
飲酒習慣 無し・有り	ビール/焼酎/日本酒/その他 ( )を1日/時々/たまに( )ml		
上記以外のことで医療従事者へお伝えしたいこと等をご自由にお書きください			

\* 裏面にありますアレルギー問診票もお書きください

