湘南記念病院　　乳がんセンター

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　　　　（明・大・昭・平　　　　）年　　　　月　　　　日生　　　　歳

自宅以外の連絡先（携帯など）TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※必ずご記入下さい。

持参された物がありますか？ある場合は〇をつけてご記入ください。

□無　　□有（ 紹介状　・　CD－ROM　・　フィルム　・　プレパラート　・　健康診断結果票）

1. **今回何をきっかけに受診されましたか？**

□乳がん検診で要精密検査/経過観察になった　　　 □他院受診時に要精密検査と言われた

□他院でがんと診断された　　　　　　　　　　　　　　　　 □他院治療中あるいは転院希望

□気になる症状がある（下記の枠内にご記入ください。）　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |
| --- |
| (　　　　　年　　　　月頃から)  ※左記の図に気になる部位をチェックしてください  　　　　　　　　　　　　　　　 □しこり　　□痛み　　□変形　　□乳頭ただれ  左  　　　　　　　　　　　　　□　分泌物がある：□透明　□黄色　□白色　□赤・茶  右  　　　　　　　　　　　　　□　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |

他院受診された方は、その際にどのような検査をされましたか？

□マンモグラフィ　　□エコー　　□視触診　　□MRI　　□CT　　□細胞診または針生検

1. **定期的に乳がん検診を受けていましたか？**

□いいえ　　□はい　→　　　　　　年頃から　　　　年毎に

1. **検診を最後に受けたのはいつですか？（今回精密検査をすすめられた検診は含まない）**

□無　（今回が初めての検診）　　　□有　　　　　　　年　　　　月頃

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 検診内容　：　□視触診　□マンモグラフィ　□エコー

1. **ホルモン補充療法を受けたことがありますか？**

□無　　□有→ 治療期間：□　過去に受けたことがある：　　　　歳　～　　　　歳

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　現在も受けている：　　　　　　歳から　　　　年　　　か月間

1. **月経についてあてはまる項目にご記入ください。**

初経（　　　　歳）

最近の月経：　　　月　　　日～（　　　日間）　→　普段の月経は□順調　□不順　□最近不規則

月経周期：　　　　～　　　　日周期

現在妊娠の可能性　□あり　　□なし　　□わからない

閉経（　　　　歳　：　□自然　　□手術などで人工的に）

1. **妊娠・出産についてあてはまる項目に○をつけてご記入ください。**

妊娠（　　　回）　・　出産（　　　回）　・　最初の出産（　　　　歳）

現在（妊娠中・授乳中）　・　最近断乳した（　　　　か月前から）

1. **現在、服用中のお薬やサプリメントはありますか？※お薬手帳を持参の方は診察の際にご提示下さい。**

□無　　　　□有　→　薬剤名：

**裏面もありますのでご記入ください。**

1. **現在を含めて、これまでにかかった病気や治療について教えて下さい。**

・循環器　　　　　　　□無　　□有　→　□高血圧　　□不整脈　　□心疾患　　□その他（　　　　　　　　　）

・糖尿病　　　　　　　□無　　□有

・高脂血症　　　　 □無　　□有

・精神面の病気　　 □無　　□有　→　病名：　　　　　　　　　　　　 □治癒　　 □治療中

・がん　　　　　　　　 □無　　□有　→　病名：　　　　　　　　　　　　 □治癒　　 　□治療中

・手術歴 　□無　　□有　→

・アレルギー疾患　 □無　　□有　→　□気管支喘息　（最終発作　　　　年　　　　月頃　　　□吸入薬あり）

　　　　　　　　　　　　　 □アトピー性皮膚炎　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

その他アレルギーの原因物質　□薬剤：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 □食物：

　　　　　　　　　　　　　　　　　 □その他：

　・骨粗鬆症　　　　 □無　　□有

・婦人科の病気 　　□無　　□有　→　　　　　歳　：　□子宮筋腫　　□卵巣嚢腫　　□子宮がん　　□卵巣がん

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　※手術をされた方　：　□卵巣摘出（片側　・　両側）　　□子宮摘出　　□病変のみ摘出

・その他　　　　　　　□無　　□有　→

（消化器、膠原病、腎臓など）

1. **胸に留置されているものなどありますか？**

□無　　□有→ □シリコン　　□注入物（ヒアルロン酸/脂肪/その他）　　□ペースメーカー　　□ポート

□他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **現在煙草を吸っていますか？もしくは過去に吸っていましたか？**

□無　　　□有　→　□現在吸っている：１日　　　　本を　　　　　年間喫煙

　　　　　　　　　　 　　□吸っていた：　　　　年間喫煙し、禁煙から　　　　年

1. **お酒は飲みますか？**

□無

□有　→　〈種類〉　ビール/日本酒/焼酎/その他　　　〈量〉　　　　　　ml程度　　　〈期間〉　　　　　年間

もしくは、終了から　　　　　　年

1. **職業についてお聞きします。**

・仕事　　□していない　　　□している　（　　　　　　　　　　　　　　　）

・具体的な業務内容　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. **家族歴についてお聞きします。（関係、発症年齢などわかる範囲で）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 乳がん | 卵巣がん | 前立腺がん | 膵臓がん | その他のがん、病気 |
| 姉妹兄弟・子供 |  |  |  |  |  |
| 母・母方親族 |  |  |  |  |  |
| 父・父方親族 |  |  |  |  |  |

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。

♦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）

2020年3月作成　2023年4月改訂