

患者ID:	生年月日:	年齢:
方子:		
氏名:	性別:	診療科:

外来共通問診票

診療の際、重要な情報になりますので、下記の質問に可能な範囲でお答えください。
 () 内に記入、もしくは当てはまるものに○をつけてください。

医療者
記入欄

A

T

N

記入日 西暦 () 年 () 月 () 日 () 曜日

記入者氏名 () 年齢 () 歳

* 本人以外が記入した場合：名前 () 関係 ()

1. 現在の身長 () cm、体重 () kg

* 医療者記入 BMI (19未満/19以上21未満/21以上23未満/23以上)

2. 今までにかかった病気やけが、また、手術の有無や方法などを教えてください。

() 歳	病名 ()	手術 (無・有/方法)	()
() 歳	病名 ()	手術 (無・有/方法)	()
() 歳	病名 ()	手術 (無・有/方法)	()
() 歳	病名 ()	手術 (無・有/方法)	()
() 歳	病名 ()	手術 (無・有/方法)	()

かかりつけ医 なし あり ()

かかりつけ歯科 なし あり ()

3. 現在使われている治療薬 (内服・注射等) を教えてください。

あり 全部で 種類 / なし

お薬手帳はお持ちですか? (あり・なし)

薬剤名

4. あなたの親族について教えてください。

また、病気・亡くなられている場合は詳細を教えてください。

父	: 病気: なし・あり ()	死因 ()	/	() 歳
母	: 病気: なし・あり ()	死因 ()	/	() 歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ()	死因 ()	/	() 歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ()	死因 ()	/	() 歳
兄弟姉妹	: 病気: なし・あり ()	死因 ()	/	() 歳
他	: 病気: なし・あり ()	死因 ()	/	() 歳

血縁者に大腸がん、子宮体がん になった人がいますか はい いいえ

血縁者に乳がん、卵巣がん になった人がいますか はい いいえ

* 現在、同居されている方を教えてください。 ()

* 生活の中であなたが一番頼りにしている方はどなたですか。 ()

5. 何かアレルギーはありますか？（あり ・ なし）

ゴム類・金属類・アルコール類

食物（卵・乳製品・小麦・そば・青魚・甲殻類・貝類・果物類
その他：）

薬剤・注射（薬品名：）

6. 検査の際に配慮する点についてお聞きします。

1) 身体の中に人工物や金属類がありますか？（あり ・ なし）

脳クリップ／心臓ペースメーカー／心臓人工弁／人工内耳／人工関節／人工骨頭
シャント／金糸／ステント／プレート／義眼／刺青／眉墨／インプラント
その他（）

2) 狭い所や高い所が怖いなどの症状がありますか？（あり ・ なし）
（高所恐怖症／閉所恐怖症／暗所恐怖症／先端恐怖症／その他）

7. 生活についてお尋ねします。

1) 主な職業歴を教えてください。現在（）／無職）
これまでの職業（）歳まで

*アスベストを使用する職業に従事、アスベスト作業所の近くに
住んでいたことはありますか？

（はい・いいえ）

2) たばことアルコールについて

たばこは（吸わない／吸っていたがやめた／現在も吸っている）

*喫煙は1日（）本程度、（）歳～（）歳まで

アルコールは（飲まない／時々飲む／習慣的に飲む）

*（種類）を1日（）ml/合）程度

3) 宗教上、特定の医療行為（輸血など）が受けられないなどがありますか？
（あり・なし）

（具体的内容：）

8. ここ1か月で歯科受診をされましたか？

なし あり （歯科医院名：）

口腔内のことで気になることがありますか？

なし あり

痛み 腫れ 出血 口内炎 歯のぐらつき 義歯の調整
その他（）

9-1) ここまでどうやって来ましたか？
 (自家用車 ・ 公共交通機関 ・ タクシー ・ 徒歩 ・ 自転車)
 どなたか付き添って来られましたか？ (一人で・家族と)

9-2) 身体に不自由な部分や障がいがありますか？ (あり・なし)

手 () 足 () 耳 () 眼 ()
 鼻 () 口 () 皮膚 () その他 ()

9-3) 自力で歩けますか？番号に○をつけてください。

- 1 : 寝たきりまたは車椅子を常に使用
- 2 : ベッドや車椅子から離れられるが、歩いての外出は不可
- 3 : 自由に歩いて外出できる

9-4) 過去3ヶ月間で、**体重が減りましたか？**
 (3kg以上の減少 / わからない / 1~3kgの減少 / 体重変化なし / ____kg増量)

9-5) 過去3ヶ月間で食欲不振、胃腸などの消化器系の問題、そしゃく(嚙みにくさ)・嚥下困難(飲み込みにくさ)などで**食事が減りましたか？**
 著しい食事量の減少 / 中程度食事量の減少 / 食事量の減少なし

9-6) 最近、**気分が落ち込んで**、今まで楽しめたことがおっくうになっていませんか？
 (頻繁に落ち込む / 時々落ち込む / 問題なし)

9-7) 最近、以前と比べてうっかり物忘れなどはありませんか？
 (あり / 時々 / なし / わからない)

9-8) 同年代の人と比べて自分の**健康状態**をどう思いますか？
 (よくない / わからない / 同じ / 良い)

10. 女性の方へのお尋ね

- 1) 現在**妊娠の可能性**はありますか？ (あり・なし)
 ある場合、出産予定日をご記入ください。 (年 月 日)
- 2) 初経 (歳) 最終月経 (/) 閉経 (歳)
- 3) 妊娠歴 なし あり (妊娠 回 出産 回)

11. 男性の方へのお尋ね

生殖機能の障害はありますか なし あり

ご協力ありがとうございました。後ほど看護師がお話をお伺いします。
 何か心配なことや気になっていることがあればお気軽にお聞きください。

患者ID:	生年月日:	年齢:
カナ:		
氏名:	性別:	診療科:

乳腺科問診票

診察の際に参考とさせていただきますので、以下の質問について可能な範囲でご回答ください。

1. 今回、受診されたきっかけは何でしょうか？

- 1) 前医からの紹介（紹介状あり）
- 2) 検診で異常を指摘
- 3) 紹介状はないが、自覚症状がある
 - ・それはどちら側の乳房でしょうか？（右・左）
 - ・どのような症状ですか →（しこり・乳頭からの分泌物・その他：）
 - ・その症状はいつ頃からありますか
（ ）年（ ）月（ ）日頃 あるいは（ ）くらい前から

2. 血縁の方で乳がんにかかった方がおられますか？（はい・いいえ）

おられる方はその方の続柄をご記入ください（ ）

3. 血縁の方で卵巣がんにかかった方がおられますか？（はい・いいえ）

おられる方はその方の続柄をご記入ください（ ）

4. 血縁の方でその他のがんにかかった方がおられますか？（はい・いいえ）

おられる方はその方の続柄と病気の部位をご記入ください（ ）

5. 月経についてお尋ねします

初経（ ）才頃 最終月経日（ ）月（ ）日～（ ）月（ ）日
閉経（していない・している） 閉経した方 →（ ）才頃（自然に・手術で・その他：）

6. 妊娠、出産、授乳状況についてお尋ねします

妊娠（ ）回 出産（ ）回
出産年齢 第1子（ ）才時 第2子（ ）才時 第3子（ ）才時
授乳状況
第1子（母乳のみ・母乳ミルク混合・ミルクのみ） 授乳期間（ ）ヵ月
第2子（母乳のみ・母乳ミルク混合・ミルクのみ） 授乳期間（ ）ヵ月
第3子（母乳のみ・母乳ミルク混合・ミルクのみ） 授乳期間（ ）ヵ月

7. ホルモン剤の使用についてお尋ねします

経口避妊薬（ピル）を使用したことがありますか？（ない・ある）
→（ ）才頃 薬剤名（ ）
ホルモン補充療法をしたことがありますか？（ない・ある） →（ ）才頃 薬剤名（ ）