

# 外科 予診カード

平成 年 月 日

○これは診察の際、参考にさせて頂くものです。以下の質問にできるだけ正しくお答えください。

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

1.	いつから、どのような症状がありますか？（乳腺の診察を受ける方は、別紙もご記入下さい）	
2.	現在、治療中の病気がありますか？	はい・いいえ
	病名：心臓病 高血圧 糖尿病 消化器疾患 甲状腺疾患 その他( )	
	それはいつごろからですか？ 年 月 ころから 受診医療機関名：	
	内服中の薬はありますか？ あり・なし	
	※おくすり手帳など、内服薬のわかるものを窓口に提出して下さい。	
3.	これまでに、診察や治療をうけたことがありますか？	はい・いいえ
	病名：心臓病 高血圧 糖尿病 消化器疾患 甲状腺疾患 その他( )	
	それはいつごろですか？ 年 月 ころ	
4.	今までに何か手術を受けたことがありますか？	はい・いいえ
	年 ( 歳)ころ 手術名( ) 医療機関名( )	
5.	アルコールは飲みますか？	はい・いいえ
	どのくらい飲みますか？ ( )	
6.	タバコを吸いますか？	はい・いいえ・吸っていた
	本 / 日 年間	
7.	便通は	回 / 日
8.	薬や注射にアレルギー(発疹・じんましんなど)がありますか？	はい ( 薬品名: )・いいえ
9.	女性の方におたずねします	
	月経はありますか？	はい・いいえ 月経周期 ( 順調・不順 )
	初経 歳 閉経 歳	最終月経: 月 日 ~ 月 日
	現在妊娠していますか？ もしくは、妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ	
10.	至急連絡が必要なことがありますので、自宅以外の電話番号(本人・家族の携帯電話番号等)もご記入ください。	
	- - 本人・その他 ( )	

当院では患者さまの個人情報の保護に全力で取り組んでいます。  
患者さまの個人情報の利用目的については院内掲示またはホームページをご覧ください。

ご協力ありがとうございました。

KKR 国家公務員共済組合連合会

 水府病院

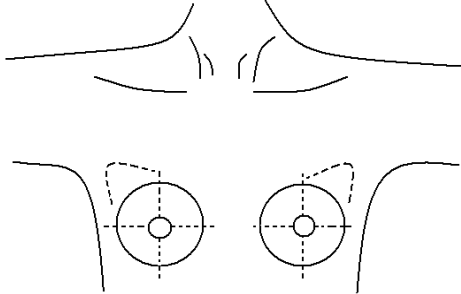
# 乳腺 予診カード

平成 年 月 日

(外科問診票と共にご記入ください)

○これは診察の際、参考にさせて頂くものです。以下の質問にできるだけ正しくお答えください。

氏名 年齢 歳

1.	どのような症状がありますか？( 年 月ごろから)	症状がある部位を下の図に記入してください。
	<ul style="list-style-type: none"><li>・乳房の痛み あり・なし</li><li>・乳房のしこり あり・なし</li><li>・乳首から分泌物 あり・なし (分泌物の色: )</li><li>・その他に症状があればご記入ください。 ( )</li></ul>	
2.	妊娠・出産歴はありますか？	はい・いいえ
	(はいと答えた人) 妊娠回数 回 出産回数 回 (初産 歳 / 最終出産 歳)	
	授乳歴はありますか？	はい・いいえ・授乳中
3.	乳がん検診歴はありますか？	はい・いいえ
	(はいと答えた人) 前回は 年 月 / 前回結果は 異常なし・異常あり (病名: )	
4.	以下の既往のある方は、該当するものに○をつけてください。	
	1・乳房再建術または豊胸術	
	2・心臓に対する器具(ペースメーカー等)の挿入術	
	3・V-Pシャント術(水頭症に対して、脳室から腹部に管を挿入)	

当院では患者さまの個人情報の保護に全力で取り組んでいます。  
患者さまの個人情報の利用目的については院内掲示またはホームページをご覧ください。

ご協力ありがとうございました。

KKR 国家公務員共済組合連合会

**水府病院**