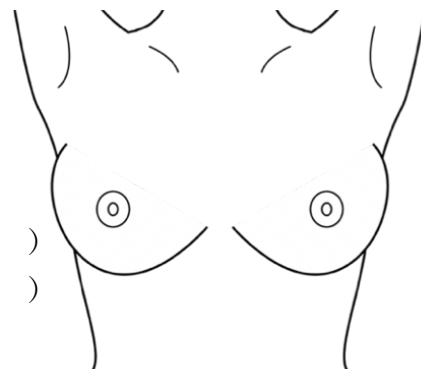


ふりがな _____ 生年月日: _____年____月____日(____歳) 性別: _____
 名前: _____ 携帯番号: _____ 身長: _____cm 体重: _____kg
 住所: 〒 _____ 体温: _____℃

1. 本日はどのような症状・目的で来院されましたか(複数可) その場所に、下図へ ○ (印) をつけてください

- 乳がん検診を希望 ※無症状の場合は自費になります。
 乳がん検診で異常あり 乳がん術後
 乳房の痛み(右・左)(時々・常に)(いつから: _____)
 乳房のしこり(右・左)(いつから: _____)
 乳頭からの分泌物(右・左)(乳汁様・血性・透明)
 乳房が張っている(右・左)(時々・常に)(いつから: _____)
 その他(_____)



2. 乳がん検診を受けたことはありますか

なし・あり → 視触診 (20 年 月 | 結果: 異常なし・異常あり _____)
 → マンモグラフィ (20 年 月 | 結果: 異常なし・異常あり _____)
 → 乳腺超音波 (20 年 月 | 結果: 異常なし・異常あり _____)

3. ご家族や親族に乳がん・卵巣癌・膵癌の既往はありますか(血のつながった方のみ)

例: 乳がん(母、60歳)、卵巣癌(父方の祖母、70歳)

なし・あり → (_____)

4. これまでにかかった病気または手術、現在治療している病気はありますか(乳房に関する病気も含む)

例: 骨折(30歳)、高血圧(40歳から)

なし・あり → (_____)

5. 現在服用している薬や使っている外用薬はありますか

なし・あり → (_____)

6. 生理、妊娠出産と婦人科関連について

- ・初潮(初経)の年齢: (____)歳
- ・月経: あり → 一番最近の生理: (____月____日~____日間)
なし → 閉経: (____)歳
- ・妊娠の可能性: なし・あり → (____)週目
- ・授乳中: なし・あり → (産後____か月目 | 出産日: ____月____日)
- ・妊娠回数(____)回、出産回数(____)回 → 授乳状況(人工・母乳)、最終出産(____)歳
- ・経験のあるものに○: 避妊薬・女性ホルモン療法・不妊治療
- ・婦人科の定期診察: なし・あり → 子宮頸がん検診・子宮体がん検診・その他: (____)
 ↳ (いつ: _____ | 結果: 異常なし・異常あり _____)

7. 食べ物や薬などでアレルギー症状が出たことはありますか

なし・あり → (原因: _____ | 症状: _____)

8. 何をきっかけに当院を知りましたか?

チラシや広告・知人の紹介・インターネット検索・通りがかり(看板や建物を見て)・その他(_____)

妊娠中、授乳中、豊胸術後、ペースメーカー、シャントが入っている方は受付までお申し出ください。