

お名前 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

1. どのような症状で来院されましたか。 ※ () にいつからかお書きください。

乳房のしこり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左 ()
乳房の痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左 ()
乳頭からの分泌	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左 ()
わきの下のしこり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左 ()
乳頭・乳房の 皮膚のくぼみ・変形	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左 ()
<input type="checkbox"/> その他 ()			

2. 今回受診に至ったきっかけをお書きください。

検診 その他 ()

3. これまでに乳がん検診および乳腺外来の受診歴はありますか。

なし あり (最終検診 _____ 年 _____ 月)

施設名 _____ 結果 異常なし 異常あり

診断された病名があればお書きください。 _____ 歳の時 病名 _____

4. 現在、治療中の病気はありますか。

なし あり (病名: _____)

5. 現在服用中のお薬はありますか。

なし あり (薬品名: _____)

6. 今までに治療が必要な病気にかかったことがある方は下記にお書きください。

_____ 歳の時 病名 _____ _____ 歳の時 病名 _____

_____ 歳の時 病名 _____ _____ 歳の時 病名 _____

7. 下記についてチェックをお願いします。

アレルギー(薬・食品など)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
豊胸手術	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
体内埋め込み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (ペースメーカー・ポート・水頭症シャント・他)

8. 血の繋がった方で癌にかかった方はおられますか。

乳がん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	母 子 祖母 姉妹 おば その他 ()
卵巣がん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	母 子 祖母 姉妹 おば その他 ()
その他の癌	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	

9. 月経、妊娠、出産についてお答えください。

月経	初潮 () 歳	<input type="checkbox"/> 順調	<input type="checkbox"/> 不順	閉経 () 歳
	最終月経	年	月	日
妊娠・出産	妊娠 () 回	出産 ()	現在妊娠中 () ヶ月	
授乳歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 現在授乳中	
ホルモン補充療法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	時期/期間 ()	