

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	☐ なし	☐ あり	右 ・ 左 ()
乳房の痛み	☐ なし	☐ あり	右 ・ 左 ()
乳頭からの分泌	☐ なし	☐ あり	右 ・ 左 ()
わきの下のしこり	☐ なし	☐ あり	右 ・ 左 ()
乳頭・乳房の 皮膚のくぼみ・変形	☐ なし	☐ あり	右 ・ 左 ()
☐ 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)	☐ なし	☐ あり ()
豊胸手術	☐ なし	☐ あり
体内埋め込み	☐ なし	☐ 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	☐ なし	☐ あり 母 子 祖母 姉妹 おば その他 ()
卵巣がん	☐ なし	☐ あり 母 子 祖母 姉妹 おば その他 ()
その他の癌	☐ なし	☐ 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	☐ 順調	☐ 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	☐ なし	☐ あり	☐ 現在授乳中	
ホルモン補充療法	☐ なし	☐ あり	時期/期間 ()	

