

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 (※医師に必ずお申し出ください) (シリコンバッグ・ヒアルロン酸注入・脂肪注入) ※検査実施不可能な場合があります。
体内埋め込み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (※医師に必ずお申し出ください) (ペースメーカー・ポート・水頭症シャント・他) ※検査実施不可能な場合があります。

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 ()

