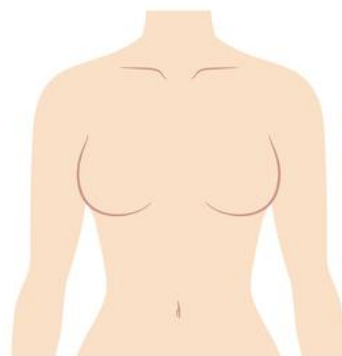


|      |                       |     |           |
|------|-----------------------|-----|-----------|
| フリガナ |                       | 性別  | 生年月日 (年齢) |
| お名前  |                       | 男 女 | 年 月 日 ( ) |
| 住所   | 〒 (        -        ) |     |           |
| 電話番号 | (        )        -   |     |           |

## I. 自覚症状はありますか？ → ない ある

「ある」とお答えの方は、以下記載および図に○印などをお願いします。

|                                     |
|-------------------------------------|
| いつから？ → (        )                  |
| 痛み (右・左)    しこり (右・左)    ひきつれ (右・左) |
| 分泌物 (透明・白・黄・血液・他：        / 右・左)     |
| 乳房変形 (右・左)                          |
| その他 (        )                      |



## II 乳がん検診を受けたことはありますか？

→ 受けていない

→ 受けた・・・ 年 月頃 ( 当院 ・ 他の医療機関： )

|  |
|--|
| <p>「受けた」とお答えの方へ伺います。<br/>         検査内容と結果がわかれば教えてください。</p> <p>視触診 ・ 乳房エコー ・ マンモグラフィ</p> <p>結果・・・問題なし    経過観察    異常あり (要精密検査)</p> |
|--|

検診結果をお持ちの方は  
ご提示ください。

## III. 過去にかかったのあるご病気、現在治療中 (経過観察中も含む) のご病気はありますか？

→ ない ある

※お薬の記入に関して、お薬手帳のご提出が可能であれば記入の必要はございません。

|                               |           |            |
|-------------------------------|-----------|------------|
| 「ある」とお答えの方はご病気と内服中の薬を教えてください。 |           |            |
| ●年齢： 歳                        | 病名： _____ | 内服薬： _____ |
| ●年齢： 歳                        | 病名： _____ | 内服薬： _____ |
| ●年齢： 歳                        | 病名： _____ | 内服薬： _____ |
| ●他：                           | _____     |            |

※ 裏面もご回答ください。

IV. 豊胸手術等、乳房の手術を受けたことはありますか？ → ない ある（右 左）

「ある」とお答えした方へ伺います。手術内容を教えてください。

ヒアルロンサン注入 脂肪注入 バッグ挿入 乳がん 乳房良性腫瘍

その他（ ）

V. 血縁者で悪性腫瘍（がん）を患った方はいますか？ → いない いる

「いる」とお答えした方へ伺います。わかる範囲でお答えください。

続柄： \_\_\_\_\_ 腫瘍の部位や種類： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_ 腫瘍の部位や種類： \_\_\_\_\_

続柄： \_\_\_\_\_ 腫瘍の部位や種類： \_\_\_\_\_

VI. アレルギーはありますか？ → ない ある（内容： \_\_\_\_\_）

VII. 妊娠中や妊娠の可能性はありませんか？ → ない ある（妊娠 \_\_\_\_\_ カ月）

VIII. 妊娠と出産歴はありますか？ → ない ある（妊娠 \_\_\_\_\_ 回 / 出産 \_\_\_\_\_ 回）

IX. 授乳中ですか？ → いいえ 授乳中（1日 \_\_\_\_\_ 回程度・お子様の年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_ カ月）

X. 最終月経を教えてください。 → （ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃 / 閉経 \_\_\_\_\_ 歳）

XI. 当院をお知りになったきっかけを教えてください。

ホームページ 看板 新聞・タウン誌 ご家族 近所に在住

イオンタウンのご利用 チラシ 内覧会 かかりつけ医師

知人の紹介

その他（ ）

XII. 当院へは何でお越しでしょうか。

徒歩 自転車 車 電車 バス タクシー

ご回答ありがとうございました。