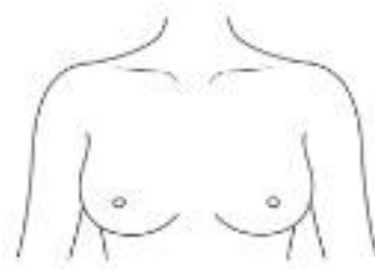


フリガナ		性別	生年月日 (年齢)
お名前		男 女	年 月 日 ()
住所	〒 ()		
電話番号	() -		

I. 本日診察やご相談をご希望の部位はどちらですか？ 図に○印をご記入ください。

II. いつからどのような症状がありますか？

いつから？ → ()	右	左
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)		
乳房や乳頭の変形 (右・左)		
その他 ()		



III. 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。 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。

IV. 過去にかかったことのあるご病気、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。

V. 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（ ）

VI. 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： _____.

VII. アレルギーはありますか？ → ない ある（内容： _____）

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

IX. 結婚歴はありますか？ → ない ある 離婚または死別

X. 妊娠中や妊娠の可能性はありますか？ → ない ある（妊娠 _____ カ月）

XI. 妊娠と出産歴はありますか？ → ない ある（妊娠 _____ 回 / 出産 _____ 回）
（お子様の年齢 _____）

XII. 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）

XIII. 授乳中の乳腺炎症状の方にお聞きします → ご出産病院：（ _____ ）

XIV. 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 チラシ

イオンタウンのご利用 内覧会 かかりつけ医師 知人の紹介

その他（ _____ ）

XV. 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

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご回答ありがとうございました

