

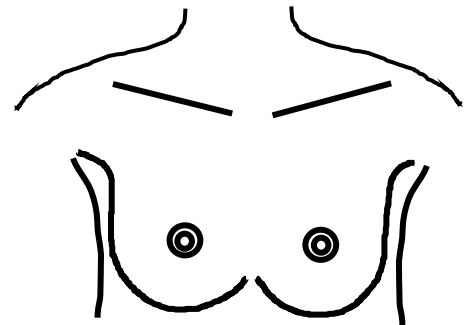
ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名	様	男 女	大正・昭和・平成 年 月 日	歳
住所	〒 -	自宅電話		
		携帯電話		
職業		勤務先		

\* 他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください  
 \* 下記の質問についてお答えください。

1. 今日どのようなことで来院されましたか？（当てはまる項目に○をつけてください）
- ・ 症状がある：乳房のしこり・痛み・乳頭分泌・湿疹・腫れ（当てはまる項目に○をつけてください）
  - ・ 乳がん検診で異常指摘された
  - ・ その他 \_\_\_\_\_

症状のある部位を下記の図に印をつけてください

乳房のしこりの場合、気づいてからの大きさは  
 （大きくなった・変わらない・小さくなった）



2. いつごろからですか？（当てはまる項目に○をつけてください）
- 昨日、2-3日前、1週間前、1か月前、3か月前、半年前、1年前、2-3年前、いつからかは不明  
 その他 \_\_\_\_\_

3. 今まで乳がん検診を受けたことがあればご記入ください  
 （当てはまる項目に○をつけてください）
- ・ いつごろ受けましたか（ 年 月頃）  
 （ 病院・検診センター ）
  - ・ 受けた内容（視触診・マンモグラフィ・エコー）
  - ・ 結果について  
 （異常なし・異常あり→ \_\_\_\_\_）

4. これまでの病気についてお聞きします
- 乳房の異常 ・ない ・ある（ 歳の時：病名 \_\_\_\_\_ ）
- 婦人科の病気 ・ない ・ある（ 歳の時：病名 \_\_\_\_\_ ）
- 他の病気 ・ない ・ある（ 歳の時：病名 \_\_\_\_\_ ）

裏面も記入してください

5. 現在内服中の薬はありますか はい ・ いいえ

\* お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

6. 身内の方で乳がんになった方はいますか

無 ・ 有 続柄 ( 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹 )

7. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください \_\_\_\_\_

8. 以下についてお答えください

①初潮 ( ) 歳頃・閉経 ( ) 歳頃 一番最近の月経 月 日

②結婚 ( 未婚・既婚 )

③今後の妊娠の希望 ( 無・有 ) ②月経不順 ( 無・有 )

④妊娠の可能性はありますか ( 無・有 )、妊娠中 ( ) 週

⑤妊娠・出産経験はありますか？ 妊娠 ( ) 回 出産 ( ) 回

9. からだの中に埋め込まれているものはありますか はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

皮下埋め込み型ポート 心臓ペースメーカー 心臓・血管拡張ステント

胆管ステント その他 ( )

10. どのようにして当クリニックをお知りになりましたか？

インターネット 看板をみて 雑誌・新聞

他院からの紹介で (医療機関名: )

家族・知人にすすめられ その他

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、呼びいたしますので、お待ちください。

**大通り乳腺・甲状腺クリニック**