

はじめて受診される方にお伺いします

受診日 _____年 _____月 _____日 お名前 _____さま 年齢 _____才

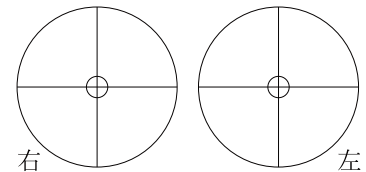
☆すべての方

- ◎月経 …………… 初潮 _____歳 最近月経 _____年 _____月 _____日から 閉経 _____歳
- ◎妊娠 …………… 妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中 可能性なし
- ◎お薬を服用していますか …………… あり (薬剤名: _____) なし

☆乳腺で受診される方

- ◎自覚症状はありますか …………… あり なし
 - しこり 痛み 乳頭の変形 乳頭からの分泌液 (色: 黄色 暗赤色 白色 無色)
 - その他 _____
- その症状はいつ頃からありますか

- その症状はどちら側ですか …………… 右 左 両側
- その症状は月経と関係がありますか …………… あり なし



(症状のある場所に
印をつけてください)

- ◎乳がん検診を受けたことがある方はご記入ください …………… 受検日 _____年 _____月 _____日
 - 検診方法 …………… 触診 超音波 マンモグラフィ (乳房X線撮影)
- ◎乳房の手術を受けた方はご記入ください …………… 手術日 _____年 _____月 _____日 右 左
- ◎マンモグラフィを撮影したことはありますか …………… あり (当院・他医院) なし
- ◎出産歴 …………… あり (お子さんの人数 _____人) なし
- ◎授乳歴 …………… あり なし
- ◎ご家族 (血族) に乳がん・卵巣がんの方はいらっしゃいますか …………… あり (続柄 _____) なし
- ◎豊胸術 (乳房整形) をうけたことがありますか …………… あり なし

☆甲状腺で受診される方

- ◎しこりはありますか …………… あり なし
- ◎他の病院で病名をお聞きですか …………… バセドウ病 橋本病 その他 (_____)
- ◎甲状腺の手術を受けた方はご記入ください …………… 手術日 _____年 _____月 _____日

☆当院をどこでお知りになりましたか

- 他院紹介 知人 (家族の紹介) インターネット その他 (_____)

☆その他気になることがあればお書きください