

はじめて受診される方にお伺いします

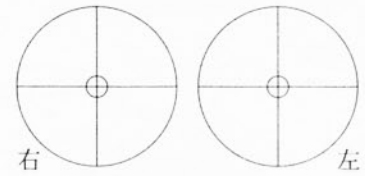
受診日____年____月____日 お名前 _____ さま 年齢____才

☆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のご記入ください …………… 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のご記入ください …………… 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のご記入ください …………… 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