

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 様 年齢 歳

1. 本日の受診目的についてあてはまる項目にチェックをお願いします

①他施設からの紹介

②他院検診後 → 検診日 年 月 日 方法：触診 超音波 マンモグラフィ

検診結果 要精査 その他 ()

検診は 今回が初めて 過去に受けたことがある (それはいつ頃ですか、方法は?) ()

③自覚症状 (上記①、②の方もチェックをお願いします)

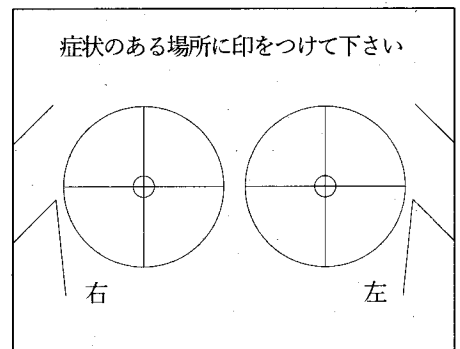
なし あり しこり 痛み 乳頭の変形 乳頭からの分泌物 (黄色 暗赤色 白色・無色)

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 脇の下

その症状は月経と関係が あり なし



2. 月経・妊娠・分娩について

初潮 歳 最終月経 年 月 日 ~ 閉経 歳

妊娠の可能性 なし あり 妊娠中 授乳中

出産歴 なし あり (人) 授乳歴 なし あり

3. その他

ご家族 (血族) に乳がん、卵巣がん、膵臓癌、前立腺癌の方はいらっしゃいますか いいえ はい

豊胸術 (乳房整形) を受けたことがありますか いいえ はい

◎現在、または今までに手術を受けたり、長期間通院または入院された病気がありますか、それは何歳の頃ですか

◎現在常用しているお薬が

なし あり (薬剤名;)

◎アレルギー なし あり ()

◎当院をどこでお知りになりましたか

他院より 知人 (家族)
インターネット (ホームページ/病院ナビ/エキテン/Caloo/その他 ())
その他 ()