

ID: _____

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな
受診者名:

男・女

年齢: _____ 歳

身長 _____ cm

体重 _____ kg

記入者名: _____ 続柄 (_____)

緊急連絡先: _____ - _____ - 続柄 (_____)

下記のあてはまるものに○を付け・記入をしてください。

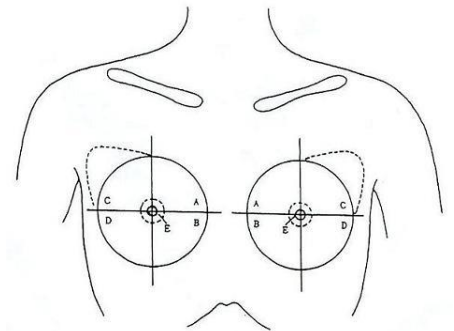
① 本日はどのような症状で来院されましたか？右の絵図に印をつけて下さい。

しこり 痛み 乳頭から分泌液が出る

健診・ドックで外来受診を勧められた

その他

[_____]



それはいつ頃気がつきましたか？

年 _____ 月 _____ 日頃 / 週間前ごろ / _____ ヶ月前頃

② 今までに乳がん検診を受けたことはありますか？

いいえ はい 最終健診日 (_____ 年 _____ 月頃 当院・他院)

③ 血縁関係に乳がんの方はいらっしゃいますか？

いいえ はい⇒ (祖母・母・姉妹・その他 _____)

④ 今までに乳腺の病気を指摘されたことはありますか？

いいえ はい⇒ (乳腺炎・乳癌・乳腺症・その他 _____)

⑤ 卵巣摘出手術を受けたことはありますか？

いいえ はい⇒ (_____ 年 _____ 月頃 / _____ 歳の頃)

⑥ 初潮はいつですか？

初潮: _____ 歳頃

⑥ 月経についてお答えください。

規則的 不規則 最終月経: _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日頃

閉経 (_____) 歳頃

⑦ 結婚についてお答えください。

独身 既婚 (_____) 歳 死別・離婚 (_____) 歳

⑧ 妊娠・出産の経験はありますか？

いいえ はい ⇒ 子供 (_____) 人

⑨ 授乳経験はありますか？

いいえ はい⇒ (母乳・混合栄養)

⑩ 豊胸手術をしていますか？

いいえ はい⇒ (_____) 歳頃 生食バック・シリコンバックの挿入
ヒアルロン酸・脂肪などの注入