

初めて受診される方へ

受診日 年 月 日

No

ふりがな	生年月日		
氏名	大正・昭和・平成	年	月 日
住所 〒	携帯電話		
	自宅電話		

以下当てはまる項目にレ点チェックを入れてください。

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

症状がある（しこり、痛み、乳頭分泌、皮膚のひきつれ、その他_____）

検診（マンモグラフィ、超音波、両方） 他院や会社の検診などで異常があった

他院で経過観察していたが今後の検査を当院で希望したい。

その他_____

2. 症状について教えて下さい。

いつ頃から： _____ 左 / 右 _____ どのような： _____

3. 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 検査項目：マンモグラフィ / 超音波 / 両方 いつ頃： _____

4. 妊娠、出産について伺います。

・現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい → 妊娠中の方： _____ 週

・妊娠回数 _____ 回 出産回数 _____ 回

5. 現在授乳中ですか？ いいえ はい

6. 月経について伺います。 最終月経はいつですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ 順調 / 不順 閉経（自然 / 人工） _____ 歳

7. ホルモン補充療法を受けたことはありますか？ いいえ はい

8. 今までに大きな病気や治療を受けたことはありますか？ _____

9. 豊胸手術をされていますか？

いいえ はい 内容： _____

10. ペースメーカーやシャントは挿入されていますか？

いいえ はい 内容： _____

11. 乳房再建術をされていますか？ いいえ はい 左 / 右

12. 血縁者の方で乳癌や卵巣癌にかかったかたはいますか？

いいえ はい 母 / 姉妹 / 従姉妹 / 叔母 / 祖母

13. 今までに精密検査を受けたことがありますか？

いいえ はい 検査内容： _____ いつ頃： _____

14. 現在服用されているお薬はありますか？

いいえ はい 種類： _____

15. 食べ物、花粉、薬剤、毛染めなどアレルギーはありますか？

いいえ はい 種類や症状： _____

16. タバコは吸いますか？ いいえ はい → 機会喫煙 1日 _____ 本

17. アルコールは飲みますか？ いいえ はい → 機会飲酒 週 _____ 回 / 量

18. 当院を知ったきっかけはなんですか？

近所 広告 駅看板 ホームページ ご紹介 通りがかり その他（ _____ ）

19. 当院のホームページまでにどのようなキーワードで検索されましたか？ ()