

ふりがな _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

名前 _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 年齢 _____ 電話番号 _____

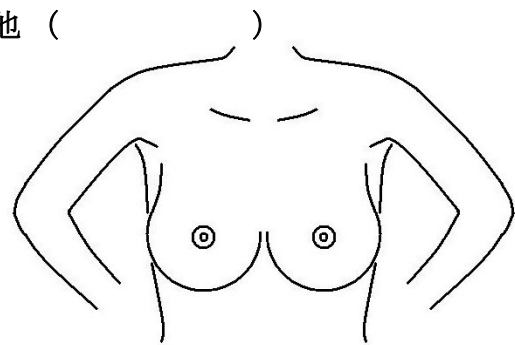
ご住所 _____

※わかる範囲でご記入をお願いします

○本日はどのような症状でご来院されましたか？

しこり・痛み・乳汁分泌・検診・その他 ()
いつ頃から ()

○右の絵に自覚症状がある部分を丸印でご記入ください。 →



○今までに乳がん検診を受けたことはございますか？

いいえ・はい 今までの検診の回数()回最終検診日いつ頃 (平成 年 月)

○今までに乳腺の病気を指摘されたことはございますか？

いいえ・はい () 例) 乳腺症など

○ご家族の中でガンと診断された方はいらっしゃいますか？

いいえ・はい () 例) 父が大腸がんなど

○初潮と閉経はいつ頃からですか？

初潮 : 才頃 閉経 : 才頃

○現在妊娠中もしくは妊娠の可能性はございますか？

いいえ 最終月経はいつですか()・はい (現在 週目)

○妊娠・出産経験はございますか？

いいえ・はい (妊娠回数 回 出産回数 回)(授乳歴 あり・なし)

○現在、お飲みになっているお薬はございますか？ (ピルも含む)

いいえ・はい ()

○相談や聞きたい事がございましたらご記入をお願いします

()

※興味がある検査や自由診療はございますか？

(骨密度・マンモグラフィ・血管年齢・オープンMRI・ビタミン点滴

高気圧エアチェンバー・サプリ処方)

※ご記入ありがとうございました。