

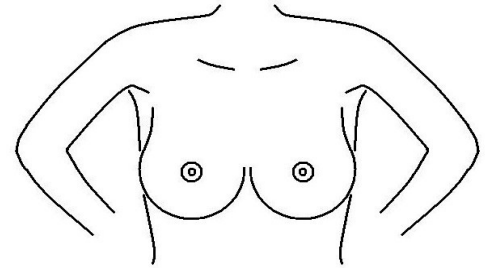
ふりがな	年齢		歳	
お名前	身長	cm	体重	kg
生年月日	T · S · H	年	月	日
ご住所	ご自宅 電話番号	—	—	
	携帯電話 電話番号	—	—	

※わかる範囲で、ご記入をお願いします。

1.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（ ）
それはいつ頃からですか？（ ）頃から

2.右の絵に自覚症状のある部分を丸印でご記入下さい。



3.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 今までの健診回数（ ____回 ） 最終検診日（ 平成 ____年 ____月頃 ）

4.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

5.血のつながった方で、ガンと診断された方はございますか？

いいえ はい（ ） 例）父が大腸がんなど

6.初潮と閉経はいつ頃ですか？

初潮： ____歳頃 閉経： ____歳頃

7.最近生理が来たのはいつ頃ですか？

（ ） 頃

8.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 はい（ 現在 ____週目 ）

9.現在授乳中ですか？

いいえ はい

10.妊娠・出産の経験はございますか？

いいえ はい（ 出産回数： ____回 ）（ 授乳歴 あり・なし ）

11.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（ ）

12.ペースメーカーは入っていますか？

いいえ はい

13.その他、前胸部にチューブが入っていますか？（ くも膜下後のシャントチューブなど ）

いいえ はい

14.豊胸手術をしていますか？

いいえ はい

※ご記入ありがとうございました