



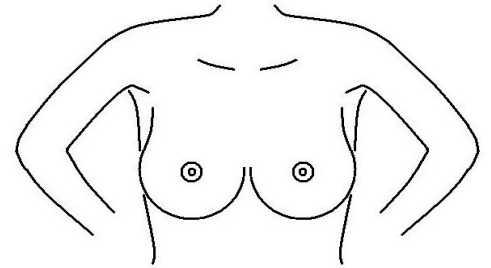
ふりがな	年齢		歳
お名前	身長	cm	体重 kg
生年月日	T · S · H · R	年	月 日
ご住所 (〒 -)	ご自宅 電話番号	-	-
メールアドレス	携帯電話 電話番号	-	-

※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/令和 _____ 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