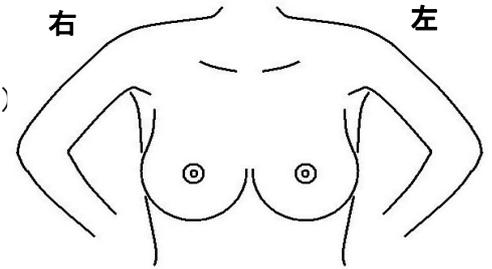




ふりがな	年齢		歳
お名前	身長		体重
			cm kg
生年月日	T・S・H・R	年	月 日
ご住所	(〒 - )		ご自宅 電話番号
			携帯電話 電話番号

※わかる範囲で、ご記入をお願いします。

- 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 )
- 右の絵に自覚症状のある部分を丸印でご記入下さい。
- 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 今までの健診回数 ( \_\_\_\_回 ) 最終検診日 ( 平成/令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月頃 )
- 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
- 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
- 初潮と閉経はいつ頃ですか？  
初潮 : \_\_\_\_歳頃 閉経 : \_\_\_\_歳頃
- 最近生理が来たのはいつ頃ですか？  
( 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 はい ( 現在 \_\_\_\_週目 )
- 現在授乳中ですか？  
いいえ はい
- 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 )
- 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 ( )
- ペースメーカーは入っていますか？  
いいえ はい
- 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
- 豊胸手術をしていますか？  
いいえ はい
- マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？  
いいえ はい



当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算1 4点 加算2 2点(マイナ保険証を利用した場合)