

ふりがな _____ 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg

お名前 _____

ご自宅
電話番号 _____

生年月日 T・S・H・R 年 月 日

携帯電話
電話番号 _____

ご住所 _____

※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・精査・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

