

当日持参物： 紹介状 CD-R (MMG 超音波 MRI CT 胸部レントゲン) 健診結果 お薬手帳
* 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。

フリガナ

氏名 _____ 年齢 _____ 才 生年月日 _____ 年 月 日 身長 _____ cm 体重 _____ kg
郵便番号 (_____ - _____)
住所 _____ 電話番号 _____

職業 _____ 業務内容 _____ 雇用形態 _____ 配偶者： 有 ・ 無 _____

1. 外来を受診されたきっかけはどのようなことですか？
自覚症状がある 検診の結果 他院からの紹介 (_____)
2. 乳がん検診を受けたことがありますか？ (最近の検診を教えてください)
_____年__月頃 触診 ・ マンモグラフィー ・ 超音波 ・ なし
3. 自覚症状についてお答えください
・ しこりはありますか？ ある (右 ・ 左) ない (いつからですか？ _____)
・ 痛みはありますか？ ある (右 ・ 左) ない
・ 乳頭の陥没や変形はありますか？ ある (右 ・ 左) ない
・ 乳頭からの分泌物はありますか？ ある (右 ・ 左) (色・性状： _____) ない
・ そのほか、気になる症状があればご記入ください
(_____)
4. 女性の方のみお答えください
・ 現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい (_____ カ月) ・ 可能性あり
・ 妊娠 (_____ 回) 出産 (_____ 回) 最終出産 (_____ 年 _____ 月) 授乳中
・ 最終月経はいつですか？ (_____ 月 _____ 日から _____ 日間 / 閉経年齢 _____ 歳)
・ 豊胸手術や注入をしたことがある **ある** (_____) **ない**
5. 避妊薬(ピル)の服用、ホルモン補充療法(更年期の治療など)を受けたことはありますか？
現在受けている (_____ 年 _____ 月から / 薬剤名： _____)
過去に受けていた (_____ 年 _____ 月から / 薬剤名： _____) ない
6. これまで乳腺の病気になったことありますか？
ある (_____ 歳/病名 _____ / 治療：手術 内服 放射線 その他 _____) ない
7. 上記以外で、今までに手術や病気をしたことはありますか？ (現在治療中の病気も含む)
ある (_____ 歳/病名 _____ / 治療：手術 内服 放射線 その他 _____) ない
8. 血縁の方で乳がん・卵巣がん・前立腺がん・膵臓がんと診断された方はいますか？
いる (関係： _____ / 病名： _____) いない
(関係： _____ / 病名： _____)
9. 現在、かかりつけで処方される内服薬はありますか？ (一時的な風邪薬や湿布等は除く)
ない ある お薬手帳を受付にご提出ください
(_____)
10. 薬や食物などで副作用やアレルギーが出たことはありますか？
ある (薬剤・食物名： _____ / 症状： _____) ない
11. 飲酒はしますか？ する (種類： _____ ・量： _____ /1日) ない
12. 喫煙歴はありますか？ ある (量： _____ 本/1日 ・年齢： _____ ~ _____ 歳) ない
13. 当院をどのように知りましたか？
WEB 検索 ・ 当院 HP ・ SNS(X/FB など) ・ 知人家族から ・ 他院から ・ 看板広告 ・ 新聞 ・ その他