

乳腺外来を初めてお受けになる方へ

ID		受付日	
ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和・西暦
お名前			年 月 日 歳
住所	〒		携帯 TEL

■乳腺について ○で囲んでください

どのような症状、または理由で来院されましたか？ 痛み しこり 乳頭分泌（白色・透明・血性） セカンドオピニオン
がん検診 その他()

どちら側の乳房ですか？ 右 左 両方

その症状はいつからですか？ 年 月 日頃

その症状は月経周期と関係ありますか？ ない ある わからない

他の病院で乳腺の治療を受けたことがありますか？ ない ある

上の質問で「ある」と 答えた方のみ お答えください	どちらの病院(医療機関)ですか？	
	病名やどのような治療をお受けになったか 分かる範囲でお答えください	

豊胸手術やパースメーカーに植え込み術などを受けていますか？ いいえ はい()

■月経について

月経周期は？ 順調(日型) 不順

最終月経はいつでしたか？ 年 月 日～ 月 日

初潮は何歳でしたか？ 歳

閉経は何歳でしたか？ 歳

■妊娠・出産・授乳について

現在妊娠している可能性がありますか？ ない ある 現在妊娠中

出産経験はありますか？ ない ある(回)

上の質問で「ある」とお答えの方 授乳期間は？ 現在授乳中/一人目 ヶ月まで/二人目 ヶ月まで/三人目 ヶ月まで

■婦人科疾患について

婦人科系疾患の既往はありますか？ ない ある()

上の質問で「ある」とお答えの方 手術はされましたか？ いいえ はい()

■家族歴について

血縁のあるご家族や親類で、乳がん・卵巣がん・膵がんの方は
いらっしゃいますか？ いない いる(祖母・母・姉・妹・娘・おば・姪)

■病歴について

お薬のアレルギーはありますか？ ない ある()

血液をさらさらにするお薬を飲んでいますか？ いいえ はい()

喘息・糖尿病・高血圧はありますか？ ない ある

●その他なにかありましたらお書きください。(ホルモン治療・避妊薬使用・その他の病気や服用している薬など)