

# 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

豊胸手術やペ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)

- I. 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか。  
a) ない b) ある (医療機関名等： )
- II. マイナ保険証 (保険証と紐付けされたマイナンバーカード) はお持ちですか。  
a) ない b) ある
- III. 保険証の情報取得 (限度額含む) について ( 1 同意します 2 同意しません)
- IV. この1年間で健診を受診されましたか。  
a) ない b) ある (受診時期： 指摘事項等： )

当院は、マイナ保険証の利用や診察申込書等を通じて、患者さんの情報を取得・活用しております。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致します。