

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)

- 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。