

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せんか？	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)

--