

氏名： _____ 年齢： _____ (男・女) 身長： _____ cm 体重： _____ kg

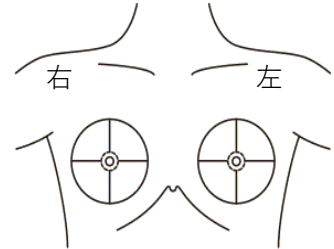
1. アレルギーについて教えてください。(※重要であるため、必ずご記入ください)

次のお薬を使用して具合が悪くなったり、じんましんが出たりした事がありますか	
ピリン剤(かぜ薬)	ある・ない・わからない
抗生物質	ある・ない・わからない
造影剤	ある・ない・わからない
その他、お薬・食べ物など(_____)

2. 本日は、どのような目的(症状)で来院されましたか。

- 1) 症状：しこり・痛み・乳頭分泌(透明・混濁・血性)・かゆみ・精密検査(自覚症状 あり・なし)
 2) 部位：乳房(右側・左側)・脇の下(右側・左側)

* 右図に症状箇所を○で囲んでください



3) いつから： _____ 年前・ _____ カ月前・ _____ 日前

3. この症状で他の病院に受診したことはありますか。

いいえ・はい(病院名： _____ 病名： _____)

4. 今までに入院や通院が必要だった病気をしたことがありますか。また現在、治療している病気はありますか。

記入欄 (_____)

5. 現在服用している薬はありますか。*ある場合は(他院の処方)、お薬手帳を提出してください。

いいえ・はい(病院名： _____ 薬名： _____)

ピル、ホルモンの薬を飲んだことがありますか。 いいえ・はい(いつ： _____)

6. 該当する所を○で囲んでください。 * 2)~4)は女性の方のみ、5)6)は成人の方のみお答えください。

1) 血縁者で 乳がん・卵巣がん・前立腺がん・膵臓がん・腹膜がんの方はいますか。

いいえ・はい (どの方ですか： _____)

2) 妊娠・出産の経験はありますか。 いいえ・はい

3) お子さんはいますか。 いいえ・はい (_____ 人) → 母乳・ミルク・混合

4) 生理について イ) ある(順調・不順) (最後の生理： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日)・閉経(_____ 歳)
 ロ) 初経 _____ 歳

5) お酒は飲みますか。 飲まない・飲む (種類： _____ ・量： _____ ml/日・年数： _____ 年)

6) タバコは吸いますか。 吸わない・吸う (本数： _____ 本/日・ _____ 歳から)
 吸っていた (_____ 歳から _____ 歳まで _____ 本/日)

7. 検診歴はありますか。 いいえ・はい (※今回 受診のきっかけとなった検診は除く)

* 「はい」のみ イ) いつ： _____ カ月前・ _____ 年前

ロ) どこで：住民検診・人間ドック・職場の検診・その他 _____

ハ) 検査内容：エコー・触診・マンモグラフィ

ニ) 要精密になりましたか：いいえ・はい

要精密内容：右側→石灰化・腫瘍・異常陰影・その他 _____ ・わからない

左側→石灰化・腫瘍・異常陰影・その他 _____ ・わからない

ホ) 二次精密機関を受診しましたか：いいえ・はい(病院名 _____)

8. マンモグラフィを撮る場合がありますので、該当する所を○で囲んでください。(女性の方)

1) 妊娠の可能性はありますか。 いいえ・はい (現在妊娠 _____ カ月)

2) 授乳中ですか。 いいえ・はい

3) 乳房内に異物が入っていますか。もしくは入れた事がありますか。 いいえ・はい (_____)