

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)

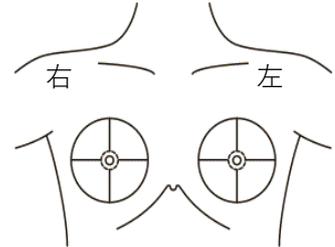
次のお薬を使用して具合が悪くなったり、じんましんが出たりした事がありますか	
ピリン剤(かぜ薬)	ある・ない・わからない
抗生物質	ある・ない・わからない
造影剤	ある・ない・わからない
その他、お薬・食べ物など(	_____)

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 ( \_\_\_\_\_ )