

## はじめて受診される方にお伺いします

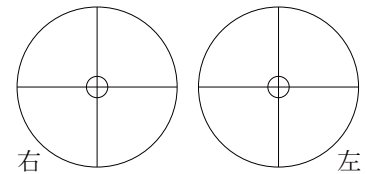
受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 お名前 \_\_\_\_\_さま 年齢 \_\_\_\_\_才

### ☆すべての方

- ◎月経 …………… 初潮 \_\_\_\_\_歳 最近月経 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日から 閉経 \_\_\_\_\_歳
- ◎妊娠 …………… 妊娠の可能性あり 妊娠中 授乳中 可能性なし
- ◎お薬を服用していますか …………… あり（薬剤名： \_\_\_\_\_） なし

### ☆乳腺で受診される方

- ◎自覚症状はありますか …………… あり なし
- しこり 痛み 乳頭の変形 乳頭からの分泌液（色：黄色 暗赤色 白色 無色）
- その他 \_\_\_\_\_
- ・その症状はいつ頃からありますか \_\_\_\_\_
- ・その症状はどちら側ですか …………… 右 左 両側
- ・その症状は月経と関係がありますか …………… あり なし
- （症状のある場所に印をつけてください）



- ◎乳がん検診を受けたことがある方はご記入ください …………… 受検日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日
- ・検診方法 …………… 触診 超音波 マンモグラフィ（乳房X線撮影）
- ◎乳房の手術を受けた方はご記入ください …………… 手術日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 右 左
- ◎マンモグラフィを撮影したことはありますか …………… あり（当院・他医院） なし
- ◎出産歴 …………… あり（お子さんの人数 \_\_\_\_\_人） なし
- ◎授乳歴 …………… あり なし
- ◎ご家族（血族）に乳がんの方はいらっしゃいますか …………… あり（続柄 \_\_\_\_\_） なし
- ◎豊胸術（乳房整形）をうけたことがありますか …………… あり なし

### ☆甲状腺で受診される方

- ◎しこりはありますか …………… あり なし
- ◎他の病院で病名をお聞きですか …………… バセドウ病 橋本病 その他（ \_\_\_\_\_ ）
- ◎甲状腺の手術を受けた方はご記入ください …………… 手術日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

☆その他気になることがあればお書きください