

## 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）

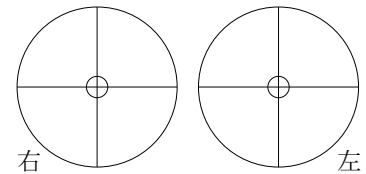
その他 \_\_\_\_\_

・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

