



ふりがな			
氏名	(男・女)		
生年月日	年	月	日生(才)
住所			
電話番号	自宅	携帯	
メールアドレス			
当院を何でお知りになりましたか <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> その他のインターネット <input type="checkbox"/> その他()			

● どのような症状で受診されましたか

- ・いつから： 今年()月頃 去年()月頃 数年前から
- ・部位： 右乳房 左乳房 両側乳房 右腋窩(脇) 左腋窩(脇) 他()
- ・症状： しこり 痛み 違和感 あかみ 乳頭分泌 他()
- 検診希望 検診で要精密検査 紹介(病院名：)
- 経過観察希望 ⇒ JCHO 大阪病院から 他院から(病院名：)
- その他()

● 乳がん検診を受けたことはありますか

- なし あり ⇒ 定期的 不定期 *最終検診()年()月 ⇒ 異常なし 異常あり
- 視触診 マンモグラフィ エコー MRI PET

● 乳房の病気にかかったことはありますか

- なし あり ⇒ 乳腺症 乳腺炎 のう胞 線維腺腫 葉状腫瘍 乳がん 他()

● 乳房の手術を受けたことはありますか

- なし あり ⇒ ()歳 右 左 両側 ⇒ 病名() 豊胸術

● 月経(生理)と出産について

- ・現在妊娠の可能性： なし あり ⇒ 妊娠()ヶ月 分からない
- ・現在授乳中ですか： いいえ はい
- ・月経(生理)： 定期的 不定期 閉経()歳
- ・出産： なし あり ⇒ ()人

● 血縁者に乳がん または 卵巣がんの方はいらっしゃいますか いいえ はい

続柄と病名：()

● 血縁者にがんの方はいますか いいえ はい

続柄と病名：()

● お薬または食べ物のアレルギーはありますか

- なし あり ⇒ ()

● 今までに大きな病気や手術または入院したことがある人は、その年齢と病名をお書きください

- 喘息 糖尿病 高血圧症 高脂血症 肝臓病 腎臓病
- 心臓病 がん 脳梗塞 膠原病

()歳：()

()歳：()

● 現在、当院以外の病院からもらって飲んでいるお薬はありますか

- いいえ はい *お薬手帳をお持ちであればご提示をお願いします。

⇒血をサラサラにするお薬を飲んでいませんか いいえ はい

()

● おタバコとアルコールについて どちらもしない タバコを吸う アルコールを飲む● 検査の結果が悪かった場合(乳がんなど)、告知を希望されますか はい いいえ