

## はじめて受診される方にお伺いします

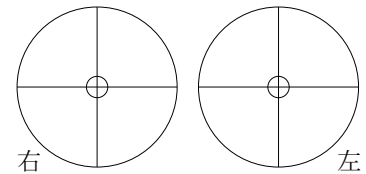
受診日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 お名前 \_\_\_\_\_さま 年齢 \_\_\_\_\_才

### ☆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