フリガナ　　長島クリニック

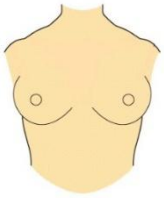
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**大・昭・平成・令**＿＿＿**年**＿＿＿**月**＿＿＿**日生**＿＿＿**歳**

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先(携帯など)TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**※必ずご記入下さい。**

持参された物はありますか。無・有　→　紹介状・CD-ROM・フィルム・プレパラート・健康診断結果票

***1．*症状はありますか。**

□　無	□　有　（＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月頃から） 右  左 ※左記の図に気になる部位をチェックしてください □　しこり　□　痛み　□　変形　□　乳頭ただれ □　分泌物がある（色は何色ですか：　　） □　その他（　　）

***2．*今回受診のきっかけとなった検診や受診以外に、乳がん検診を受診したことがありますか。**

□　無（今回が初めて）　□　有（前回＿＿＿年＿＿＿月ごろ）（場所：　　）

検査内容　：　□マンモグラフィー　□エコー　□視触診　□その他（　　）

結　果　：　□異常なし　□精密検査（検査内容：　　結果：　　）

***3．*ホルモン療法を受けたことがありますか**

□　無　□　有　→治療内容：□月経異常　□不妊治療　□更年期障害　□その他（　　）

治療期間：＿＿＿＿歳～

***4．*胸に留置されている物などはありますか**

□　無　□　有→□シリコン　□ヒアルロン酸　□ペースメーカー　□ポート　□その他（　　）

***5．*あなたの家族または親族に乳がんまたは卵巣がんになった方はいますか？**

□　いない　□　いる　→　□母親　□祖母　□叔母　□姉妹　□従妹　□その他（　　）

***6．*月経についてあてはまる項目にご記入ください**

初潮（　　歳）　最近の月経＿＿＿月＿＿＿日～（＿＿＿日間）　閉経（　　歳）

***7．*妊娠・出産についてあてはまる項目に○をつけてご記入ください**

妊娠（　　回）・出産（　　回）・最初の妊娠（　　歳）

現在（妊娠中・授乳中）・最近断乳した（　　月から）

***8．*これまでにかかった病気や治療がありますか。**

□高血圧　□糖尿病　□高脂血症　□喘息　□乳腺の病気（＿＿＿歳：　　）

□婦人科の病気（＿＿＿歳：　　）　□心臓の病気（＿＿＿歳：　　）

□腎臓の病気（＿＿＿歳：　　）　□がん（＿＿＿歳：　　）

□その他（＿＿＿歳：　　）

***9．*現在内服中のお薬はありますか。※お薬手帳を持参の方は診察の際にご提示ください。**

□　無　□　有（薬剤名：　　）

***10.* 現在アレルギーのものはありますか。**

□　無　□　有：□薬のアレルギー（　　）

□食物のアレルギー（　　）□その他（　　）

***11.*下記の中で当てはまるところを選んで下さい。**

たばこ：　吸わない　吸う　（１日に　　本、約　　年間）

酒　：　飲まない　飲む　（種類：　　）

（量：　　）