

氏名 _____ 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------	-----------------------------	------------------------------

1. 本日、受診された理由はなんですか。
 - 痛みがある (右・左 いつから:))
 - しこりがある (右・左 いつから:))
 - 乳頭から分泌がある (右・左 いつから: 色:))
 - 直近の検診で要精密検査
 - 紹介状あり
 - その他の理由 ())
 - 検診(保険外)
2. 今までに病気や手術、治療を受けたことがありますか。
 - ない ある 乳腺 ())
 - 婦人科 ())
 - その他 ())
 - ホルモン治療 ())
3. あなたの親族で次の病気にかかった方はみえますか。
 - 乳がん ない ある(続柄:))
 - その他のがん ない ある(続柄・部位:))
4. 生理についてお尋ねします。
 - 最終月経 (月 日 ~ 月 日)
 - 閉経 (歳)
5. 妊娠・授乳についてお尋ねします。
 - 妊娠中 予定日 年 月 日 妊娠していない わからない
 - 授乳中 (お子様の月齢))
6. 豊胸術をしていますか。
 - ない ある (シリコン・ヒアルロン酸・脂肪注入・不明))
7. 胸に挿入物がありますか。
 - ない ある (ペースメーカー・除細動器・CVポート・脳室腹腔シャント))
8. 現在、常用している薬がありますか。
 - ない ある ())
9. アレルギーはありますか。
 - 薬 ない ある ())
 - 食べ物 ない ある ())
 - アルコール消毒 ない ある
 - その他 ())