

乳腺外来を初めてお受けになる方へ



ID

受付日

ふりがな	生年月日	昭和	平成	令和
お名前	年	月	日	歳
住所〒	メールアドレス(次回から待ち時間短縮になります)			
Tel(携帯)				

■乳腺について

○で囲んでください

どのような症状、または理由で来院されましたか？	痛み しこり 乳頭分泌(白色・透明・血性) がん検診 セカンドオピニオン その他()		
どちらの乳房ですか？	右	左	両方
その症状はいつからですか？	年	月	日頃
その症状は月経周期と関係ありますか？	ない	ある	わからない
他病院で乳腺の治療を受けたことはありますか？	ない	ある	
「ある」の場合どちらの病院(医療機関)ですか？			
また、病名やどのような治療をお受けになったかわかる範囲でお答えください			
豊胸手術やペーサー・起搏器などを受けていますか？	いいえ	はい()	

■月経周期について

初潮は何歳でしたか？	歳
閉経は何歳でしたか？	歳
月経周期は？	順調(日型) 不順
最終月経はいつでしたか？	年 月 日 ~ 年 月 日

■妊娠・出産・授乳について

現在妊娠している可能性がありますか？	ない	ある
出産経験はありますか？	ない	ある (回)
「ある」の場合 授乳期間は？	・現在授乳中 ・1人目(ヶ月) 2人目(ヶ月) 3人目(ヶ月)	

■既往歴について

婦人科系疾患の既往はありますか？	ない	ある()
「ある」の場合 手術はされましたか？	いいえ	はい()
そのほかに大きな病気の既往はありますか？	ない	ある()
「ある」の場合 手術はされましたか？	いいえ	はい()

■家族歴について

ご家族・ご親族で乳がんの方はいらっしゃいますか？	いない	いる(祖母・母・姉・妹・娘・おば・姪)
--------------------------	-----	---------------------

■病歴について

お薬のアレルギーはありますか？	ない	ある(薬名・症状)
今までにぜんそくはありますか？	ない	ある(薬名・)

■アンケート

大塚プレストケアクリニックを知ったきっかけは何ですか？	インターネット 知人の紹介 広告 ご近所 他医療機関の紹介()その他()
-----------------------------	---

●その他何かありましたらお書きください(ホルモン治療・避妊薬使用・その他の病気や服用している薬など)

--