

お名前 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい    いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい    いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月    指摘事項： \_\_\_\_\_ ）

いいえ

1. どのような症状で来院されましたか。 ※（ ）にいつからかお書きください。

乳房のしこり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（                    ）
乳房の痛み	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（                    ）
乳頭からの分泌	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（                    ）
わきの下のしこり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（                    ）
乳頭・乳房の 皮膚のくぼみ・変形	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	右 ・ 左（                    ）
<input type="checkbox"/> その他（                    ）			

2. 今回受診に至ったきっかけをお書きください。

検診    その他（                    ）

3. これまでに乳がん検診および乳腺外来の受診歴はありますか。

なし    あり（ 最終検診      年      月 ）

施設名 \_\_\_\_\_                    結果 異常なし    異常あり

診断された病名があればお書きください。 \_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_

4. 現在、治療中の病気はありますか。

なし    あり（病名：                    ）

5. 現在服用中のお薬はありますか。

なし    あり（薬品名：                    ）

6. 今までに治療が必要な病気にかかったことがある方は下記にお書きください。

\_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_                    \_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_                    \_\_\_\_\_ 歳の時 病名 \_\_\_\_\_

