

フリガナ

お名前 _____ (男・女) 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

お電話番号 () _____ - _____

ご住所 〒 _____ - _____

詳しい医療費明細書の発行は必要ですか (はい・いいえ)

過去に当院にかかられたことがありますか (はい・いいえ)

①本日受診された理由は何ですか？○をつけてください。

() 乳がん検診で異常があるといわれた

() 症状がある → () しこりがある

() 痛みがある

() 分泌物がある

() その他の症状がある → ()

②家族・親族に乳がん・大腸がん・卵巣がんの方はいますか？ (はい/ _____ ・いいえ)

③生理、妊娠・分娩についてお聞かせください。

生理について (順調・不順) 最終月経 _____ 年 _____ 月 _____ 日

初潮→ (_____ 歳頃) 閉経→ (_____ 歳頃)

妊娠について 妊娠回数 (_____ 回)

現在、妊娠中ですか？ (はい/予定日 _____ 年 _____ 月頃・妊娠の可能性あり・いいえ)

現在、授乳中ですか？ (はい・いいえ)

分娩について 分娩回数 (_____ 回) 一番下のお子様 (_____ 歳)

④現在、治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 通院中の病院名：

病名：

薬の名前：

⑤ 今までに、食べ物、薬品等でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい・いいえ)

「はい」の方 薬品・食べ物等の名前 (_____)