

【予診票】

氏名 () 年齢 () 歳
身長 () cm 体重 () kg 職業 ()

* 該当する項目に○をつけ、カッコ内にご記入ください

1. 受診の理由

①健康診断目的 ②しこりがある ③集団検診で勧められた
④他の医療機関で勧められた（紹介状：あり、なし） ⑤その他 ()

2. 現在の乳房の状態について

●しこり： なし ・ あり → 部位： 右 ・ 左 ・ 両側
いつ発見しましたか： ()
どのように発見しましたか： ()
●分泌物： なし ・ あり → 部位： 右 ・ 左 ・ 両側
どのようなものですか？：白色・透明・血混じり・その他 ()
●痛み： なし ・ あり → 部位： 右 ・ 左 ・ 両側

3. 乳がん検診歴（今回の受診契機になった検査以前）

なし ・ あり → 最終検診時期 () 結果はどうでしたか？ ()

4. 月経の状態について ※女性の方のみ

初潮 () 歳 閉経 () 歳 最近の月経 (月 日～ 月 日)

5. 妊娠・出産に関すること ※女性の方のみ

妊娠回数 () 回 出産回数 () 回 初産年齢 () 歳
現在妊娠の可能性 なし ・ あり () 週 現在授乳中

6. 乳腺の病気の既往について

なし ・ あり → 病名 () 何歳のときですか？ () 歳
どのような治療をしましたか？ ()

7. アレルギー（ありの場合は、詳細についてご記入ください。）

薬剤： なし・あり () 食物：なし・あり ()
麻酔薬：なし・あり () その他： ()

8. 既往について

●喘息（小児喘息も含む）なし ・ あり → () 歳 治療 ()
●糖尿病 なし ・ あり → () 歳 治療 ()
●高血圧 なし ・ あり → () 歳 治療 ()
●婦人科疾患 なし ・ あり → () 歳 病名 () 治療 ()
●上記以外の病気・けが なし ・ あり → () 歳 病名 () 治療 ()
() 歳 病名 () 治療 ()

9. 薬剤・サプリメント等について

現在常用している薬剤やサプリメント・健康食品（朝鮮人参、EPA、DHA、ニンニク成分、プロポリスなど）
ありますか？

●薬剤：なし・あり→ ()
●サプリメント・健康食品：なし・あり→ ()