

■現在はどうのような症状がありますか

- （ いつからですか : _____ 頃から）
- 特に症状はないが、なんとなく乳がんが心配
 - （ 右 ・ 左 ） 乳房にしこりがある
 - （ 右 ・ 左 ） 乳房に痛みを感じる
 - （ 右 ・ 左 ） わきの下に症状がある（ しこり ・ 痛み ・ 違和感 ）
 - （ 右 ・ 左 ） 乳首（乳頭）から分泌物がある
 - （ 右 ・ 左 ） その他（ _____ ）

■いままでにかかった病気

- 乳腺の病気 無・有（ _____ 歳頃）（病名・治療： _____ ）
- 乳房の手術 無・有（ _____ 歳頃）（病名・治療： _____ ）
- ホルモン治療 無・有（ _____ 歳頃）（病名・治療： _____ ）
- 不妊治療 無・有（ _____ 歳頃）
- 豊胸手術 無・有（ _____ 歳頃）（内容： _____ ）
- 放射線治療 無・有（ _____ 歳頃）（病名・治療： _____ ）

■血縁者で以下のがんになった方はいますか？

- 乳がんの人がいる 無・有（祖母・母・おば・姉・妹・娘・その他 _____ ）
- 卵巣がんの人がいる 無・有（祖母・母・おば・姉・妹・娘・その他 _____ ）

■今までに乳がん検診を受けたことがあればご記入ください。

- いつごろどこで受けましたか（ _____ 年 _____ 月頃 / _____ 病院・自治体検診）
- 受けた内容（視触診・マンモグラフィー・超音波エコー _____ ）
- 結果について（異常なし・異常あり→ _____ ）

■妊娠・出産・授乳歴

- 妊娠（ _____ ）回・出産（ _____ ）回 一番最近の出産 年 _____ 月 _____ 日
- 最近まで授乳していましたか（ _____ 年 _____ 月頃まで・ 現在授乳中 _____ ）