

■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 \_\_\_\_\_ ）