

乳がんエコー検診

				年 月 日	
ふりがな		生年月日	年 月 日	年齢	歳
お名前					
ご住所	〒			電話番号	
最終月経	年 月 日～		閉経 才		
妊娠中ですか？	はい ・ いいえ ・ 不明 ・ 授乳中				
妊娠したことはありますか？	いいえ ・ はい (年月日もご記入ください)				
	・流産	回【	年 月】	・中絶	回【
	・子宮外妊娠	回【	年 月】	・正常経膈分娩	回【
	・帝王切開	回【	年 月】		年 月】
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()				
今まで乳癌検診で異常を指摘されたことはありますか？	無 ・ 有 ()				
「有」の方、治療は受けましたか？	いいえ はい ()				
血縁のご家族に乳癌・卵巣癌になった方はいますか？	いいえ はい ()				
豊胸治療を受けたことがありますか？(シリコンパック、脂肪・ヒアルロン酸注入等)	無 ・ 有 ()				