

ご記入日 年 月 日

フリガナ			
お名前	生年月日	S・H	年 月 日
住所	〒		
電話番号	- -		
<p>●検診歴（今までに乳がんの検診を受けたことがありますか？）</p> <p><input type="checkbox"/>ない（今回初） / あるいは <input type="checkbox"/>超音波（西暦 年 月）</p> <p><input type="checkbox"/>マンモグラフィー（西暦 年 月）</p>			
<p>●今までに下記の病気にかかれたことはありますか？ <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>高脂血症 <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>痛風 <input type="checkbox"/>リウマチ <input type="checkbox"/>肝炎</p> <p><input type="checkbox"/>喘息 <input type="checkbox"/>がん（部位 ） <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>乳腺の病気（ ）</p>			
<p>●血縁のご家族に乳がんの方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/>いない</p> <p>母 / 姉妹 / 祖母 / 娘 / おば / いとこ / その他（ ）</p>			
<p>●今までに手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>豊胸（西暦 年 月） <input type="checkbox"/>ペースメーカー <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>			
<p>●授乳歴はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない / <input type="checkbox"/>ある（ 回） / <input type="checkbox"/>現在授乳中</p>			
<p>●最終月経はいつですか？</p> <p>月 日～ 日間 <input type="checkbox"/>順 <input type="checkbox"/>不順（閉経 歳）</p>			
<p>●現在飲んでいるお薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない / <input type="checkbox"/>ある（ ）</p>			
<p>●お薬、食べ物のアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>ない / <input type="checkbox"/>ある（ ）</p>			
<p>●現在妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/>ない / <input type="checkbox"/>ある（ 週）</p>			
<p>●2週間以内に発熱がありましたか？</p> <p>（平熱より高い体温、あるいは体温が37.5℃以上を目安とする） <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>			
<p>●2週間以内に諸外国への渡航歴がありますか？</p> <p>（ご本人およびご家族・職場内等で接触歴がある方を含む） <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（ ）</p>			
<p>●2週間以内に新型コロナウイルスの患者さんやその疑いがある患者さんとの接触歴がありますか？（同居者・職場内での発熱を含む） <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい（ ）</p>			