



4. 身内の方でがんになった方はいますか

- ・ 乳がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ( 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹 )
- ・ 卵巣がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ( 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 ・ 叔母 ・ 従姉妹 )
- ・ 子宮がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ( 祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 娘 )
- ・ 前立腺がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ( 祖父 ・ 父 ・ 兄弟 ・ 息子 )
- ・ 膵がんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ( )
- ・ 他のがんの人がいる 無 ・ 有 続柄 ( ) (病名・治療: )

5. 今まで乳がん検診を受けたことがあればご記入ください

- ・ いつごろ受けましたか ( 年 月頃 ) ( 病院・検診センター )
- ・ 結果について (異常なし・異常あり→ )
- ・ 受けた内容 (視触診・マンモグラフィ・超音波エコー)

6. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状 (発疹、気分不快など) を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください \_\_\_\_\_

7. たばこについてお聞きします

吸わない ・ 吸う ・ 過去に吸っていた  
( 1日 本、約 年間 )

8. アルコールについてお聞きします

飲まない ・ 飲む ・ 過去に飲んでいた  
( 種類: \_\_\_\_\_、1回 杯 毎日 ・ 時々 ・ 月に2~3回 )

9. 以下についてお答えください

- ①結婚 ( 未婚・既婚 ) ②今後の妊娠の希望 ( 無・有 ) ③月経不順 ( 無・有 )
- ④妊娠の可能性 ( 無・有 ) 妊娠中 ( ) 週 産後/授乳中 ( ) ヶ月 産後/授乳無し
- ⑤出産経験 出産 ( ) 回・自然流産 ( ) 回 一番最近の出産 年 月 日
- ⑥月経 初潮 ( ) 歳頃・閉経 ( ) 歳頃 一番最近の月経 月 日
- ⑦月経量 ( 多い・固まりが出る・普通・少ない )

10. からだの中に埋め込まれているものはありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

- 皮下埋め込み型ポート 心臓ペースメーカー 心臓・血管拡張ステント
- 胆管ステント その他 ( )

11. 仮に悪性の疾患の場合の病状や治療の情報提供について

- 1) 病気を知りたいですか はい ・ いいえ
- 2) 病気の状態について知りたいですか はい ・ いいえ
- 3) 病名や病気の状態は、ご家族にもお伝えしてよろしいですか はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。