



乳腺科問診票

Form with fields for name, birth date, contact info, and allergies.

該当する項目に☑印を付けてください。

- Health diagnosis secondary check, symptoms like pain, changes in breast, etc.

症状はいつ頃からですか？

Year, month, day

今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

- Yes/No, treatment content

近親者の方について

- Family history: breast cancer, other diseases

月経・妊娠・出産などについて

Menstrual cycle, menopause, pregnancy, childbirth info

現在、妊娠していますか？

- Yes/No, pregnancy week, breastfeeding

既往歴（病気、手術など）

Table for medical history including breast disease, hormone therapy, pacemaker, etc.

Horizontal dashed line with arrow and text

余白

※大変お手数ですが、点線に沿って余白部分を切り取りのうえ、『問診票』をお持ちください。

Vertical text on the right margin: 切り取り