

今日の日付 Today's Date: _____

住所 Address: _____
番地 Street 市/州 City/State 郵便番号 Zip

電話番号 Phone: _____

ご希望の連絡先 Preferred: _____ 職場 Work: _____

- 受診目的: Reason for visit
- 定期検診/スクリーニング Routine visit/screening
 - 短期間での追跡検査 Short-term follow up
 - しこり/腫瘍 Lump/mass
 - 肥厚/結節形成 Thickening/nodularity
 - 痛み Pain
 - 乳頭分泌物/陥没乳頭 Nipple discharge/retraction
 - 皮膚の変化: 赤み、発疹、スケーリング (落屑)、痒み、くぼみ
Skin changes: redness, rash, scaling, itching, dimpling
 - 感染症/炎症/ほてり Infection/inflammation/warmth
 - その他の心配事 Other concerns

現在の乳房の問題を説明して下さい: Describe any **current** breast problems:

かかりつけ医 (照会した医師) Referring Physician: _____

医師の乳房の検診を受けたのは何カ月以内ですか。 Last breast physical exam by physician was within:

- 0-2 ヶ月以内 months 2-6 ヶ月以内 months 6-12 ヶ月以内 months 12 ヶ月以上前 >12 months

過去のマンモグラムについて: _____
(ミシガン大学病院以外のみ) 病院名 Name of Facility 日付 Date

List any previous mamm (if **not** U of M) _____
市 City 州 State

前回の生理について: Your last menstrual period: _____ (日付) (date)

最初に満期妊娠した時の年齢: Your age at 1st full pregnancy: _____ 該当しない NA

出産の回数 Number of births _____ 身長: Height: _____ 体重: Weight: _____

人種: アフリカ系アメリカ人 アメリカ先住民族 アジア人 ヒスパニック 白人 その他
Ethnic origin: African/Am American Indian Asian Hispanic White Other

今までに乳がんにかかりましたか。 はい Y いいえ N 西暦 Year _____

Have you ever had breast cancer?

乳房の放射線治療を受けましたか。 はい Y いいえ N 西暦 Year _____

Have you had radiation therapy to your breasts?

乳房の生検や手術を受けましたか。 はい Y いいえ N 西暦 Year _____

Have you ever had breast biopsies or surgeries?

豊胸インプラント手術や乳房縮小手術を受けましたか。 はい Y いいえ N 西暦 Year _____

Have you had breast implants or breast reduction?

がんの罹患歴 皮膚 子宮 卵巣 大腸 その他のがん

Have you ever had cancer of the skin uterus ovaries colon other

関節リウマチまたは乾癬にかかっていますか。 Do you have rheumatoid arthritis or psoriasis? はい Y いいえ N

乳がんにかかったことのある血縁者を挙げて下さい List all blood relatives with breast cancer:

関係 Relationship: _____ 診断時の年齢 Age at diagnosis: _____

関係 Relationship: _____ 診断時の年齢 Age at diagnosis: _____

卵巣がんにかかった血縁者はいますか Do you have blood relatives with ovarian cancer? はい Y いいえ N

S
D_____

TECHNOLOGIST'S USE ONLY

Age_____

Menopause? Y N

Hormone Replacement duration/dose

Br. Cancer? Y N

Fam. Hx Y N

Antibiotic
Prophylaxis? Y N

Anticoagulants? Y N

Routine visit Short-Term Follow-Up Breast Problems Call Back

Detail breast problems/reason for visit:

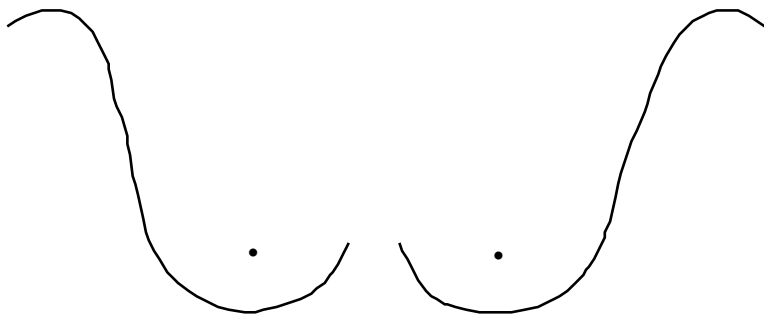
Has problem been evaluated by physician? Y N Date:_____

Date of next appointment:_____ Physician_____

Dates & location of prior breast procedures: (FNA, biopsy, plastic surgery, lumpectomy, mastectomy, radiation)

R

L



PE Code: _____

Technologist

Date