**乳腺科問診**

**Questionnaire at Breast Care Department**

■気になる症状はありますか？一番気になる症状を教えてください。

Do you have any concerning symptoms? If yes, what is the biggest concern?

痛みがある・しこりがある・分泌がある・かゆみがある・その他の症状・症状はないです

Pain / Lump / Discharge / Itchiness / Other symptom / No symptom

■乳房の前回検査についておしえてください

Please provide the information on the previous examination for the breasts, if applicable.

検査を受けるのは初めてです・前回当院で検査をしました・違う施設で検査をして異常なしだった・違う施設で検査をして再検査を指示された

This is the first examination / Underwent a previous examination at this clinic / No abnormality was found by examination at another institution / Received advice to undergo a re-examination from another institution that conducted an examination

■最終月経の開始日を教えてください

When is the first day of the last menstrual period?

(MMM/DD/YYYY)

■妊娠の可能性はありますか？

Is there any chance that you may be pregnant?

ありません・妊娠中です・わかりません

No Yes not sure

■閉経していますか？

Are you in postmenopause stage?

閉経していません・閉経しています・わかりません

No Yes not sure

■結婚経験はありますか？

Have you ever been married?

あります・ないです

Yes No

■出産経験はありますか？

Have you ever delivered a baby?

ないです・１回あります・２回あります・３回以上あります

No Once Twice Three times or more

■授乳経験

Have you ever fed a baby with your breast milk?

ないです・あります・授乳中です

No Yes Currently breastfeeding

■ホルモン治療をしたことがありますか？（ピルや不妊治療・更年期治療など）

Have you received hormone therapy (e.g., birth-control pill, fertility treatment, and menopausal hormone therapy)?

いいえ・現在治療中です・過去に治療していました

No Currently / being treated / Have previously received

■豊胸術を受けた事はありますか？

Have you ever undergone a breast enlargement surgery? If yes, please circle the applicable material which was used for the surgery.

いいえ・バック・脂肪注入・ヒアルロン酸・それ以外

No / Bag (implant) / Fat transfer / Hyaluronic acid / Other items

■針の検査を受けた事がありますか？

Have you undergone an examination with needle?

ないです・あります

No Yes

■乳房手術を行ったことがありますか？

Have you ever undergone a breast surgery?

ないです・あります

No Yes

■現在治療中や過去に大きな病気や手術がありましたらご記入ください

Please specify your current or past history of a major disease/surgery, if applicable.

■ご家族に乳がんや卵巣がんになった方はいらっしゃいますか？

Do you have a family member who has developed breast cancer or ovarian cancer?

あり・なし・わからない

Yes No not sure

■服用薬はありますか？

Are you currently taking a medication?

ないです・あります

No Yes

■アレルギーはありますか？

Do you suffer from an allergy? If yes, please specify the type of allergy or the substance to which you develop an allergy.

ありません・花粉症・ハウスダスト・薬剤・食べ物・アルコール・金属・アトピー・その他

No / Pollen / House dust / Drug / Food / Alcohol / Metal / Atopy / Other items

■１年以内にワクチンを接種しましたか？

Have you received a vaccine within a year?

はい・いいえ・分からない

Yes No not sure

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？

Do you agree to providing your medical information through your My Number Health Insurance Certificate?

同意する・同意しない

Yes No