

乳がん検診問診票

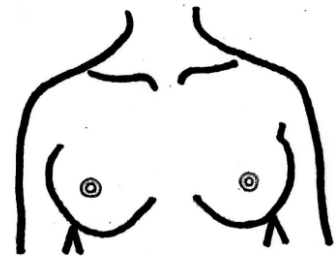
ご希望の検査に丸をつけて下さい（マンモグラフィ・乳腺エコー）

ID		検査日	
(フリガナ:) お名前		生年月日 昭和・平成 年 月 日 (歳)	
〒 住所		職業:	
電話番号 ()		携帯電話 ()	
マンモグラフィの検査結果受け取り方法 <input type="checkbox"/> 郵送 (切手代¥150 同意します) *郵送中のトラブルは当院は責任を負いかねますのでご了承くださいませ			
乳腺エコーについては、当日に説明させていただきます。			

◆今までに乳がん検診を受けたことがありますか？

- ・はい
- ・いいえ

最後に受けた検診時期 () 年 () 月頃
検査方法 (視触診・マンモグラフィ・超音波検査)
結果 ()



◆気になる症状はありますか？ (図に記入してください)

- ・自覚症状なし
- ・しこり (右・左) に気づいた
- ・痛み (右・左) がある
- ・乳頭 (右・左) から分泌物 (白色、透明、褐色、血液) がでる
- ・その他 ()

*その症状はいつからありますか？

() 年 () 月頃

◆今までに乳房の手術や病気をしたことがありますか？

- ・はい ()
- ・いいえ

ご家族、血縁の方に、乳がんにかかれた方はいますか？

- ・はい (続柄)
- ・いいえ

◆授乳歴はありますか？

- ・はい
- ・いいえ
- ・現在授乳中

◆現在 妊娠の可能性はありますか？

- ・はい
- ・いいえ

◆当院を何でお知りになりましたか？

- ・神戸市広報
- ・広告
- ・看板
- ・インターネット
- ・知人

本日 受けられる検査は自費診療になります。

() 円の金額が発生することに 同意します。・同意しない。

〒651-2273 神戸市西区糶台5-6-3
神戸 西神オリエンタルホテル3F
沢岬美奈子女性医療クリニック
078-990-3030