

# 乳腺超音波問診票

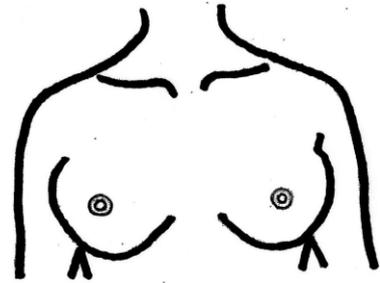
年 月 日

(フリガナ： お名前)	生年月日 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
〒 住所	現在妊娠 週
電話番号 ( )	携帯電話 ( )

◆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
- ・何となく変な感じ (右・左) がある
- ・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

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 神戸市西区糺台5-6-3  
 神戸 西神オリエンタルホテル3F  
 沢岷美奈子女性医療クリニック  
 078-990-3030