

# ラジオロジッククリニック扇町ドック申込書

ふりがな			
名前			
ふりがな			
住所	〒		
生年月日	(大・昭・平)	年	月 日 (才)
性別	男 ・ 女	身長	cm   体重 kg
自宅	( )	携帯	( )
ドック	検査項目に○をご記入ください		
	ベーシック脳ドック ・ スペシャル脳ドック ・ 2人ペアスペシャル脳ドック ものわすれドック ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ 前立腺MRIドック CT肺がんドック ・ 大腸がんドック (大腸3DCT) レディースドックA (骨盤部MRI) レディースドックB (乳腺エコーのみ) レディースドックC (マンモグラフィのみ) レディースドックD (乳腺エコー+マンモグラフィ) プレミアムレディースドック (乳房MRI+乳腺エコー+マンモグラフィ)		
オプション	一般採血検査・腫瘍マーカー(男性・女性)・ ( )		
検査日	平成	年	月 日 ( ) AM : ・ PM :

\*ご登録いただきました個人情報、プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。  
 後日あなたの住所やメールアドレス宛てに資料の送付やご案内通知をさせていただきたいと存じます。  
 もし、ご同意いただけない場合、下記にチェックをお願いいたします。

同意しない

\*\*\*アンケート\*\*\*

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット   
  知人の紹介   
  他院からの紹介   
  以前他の検査で来院  
 雑誌                     
  その他 ( )

★医療機器は、高性能で精密な為、メンテナンスには万全を期しておりますが、安全性が保証できない時は、検査を中止させていただくことが有ります。あらかじめご了承ください。

ラジオロジッククリニック扇町 2017

## 乳がん検査問診表

受診日 平成 年 月 日

フリガナ	
氏 名	

以下の質問事項の☑にチェックを、当てはまる事項に○印をしてください。

1. 自覚症状がある。

- 無 有 ⇒ ( 右 ・ 左 ・ 両方 ) (いつから? 年 月頃から)  
⇒ 痛み しこり 乳首の変形 分泌液 ( 色 )  
その他 ( )

2. 月経についてお答えください。

- 無⇒ ( 閉経・無月経 ) 有⇒ 最終月経 ( 月 日から 月 日まで)

3. 現在妊娠の可能性がある。

- 無 有

4. 乳腺の病気や婦人科系の病気をしたことがある。

- 無 有 ⇒ (病名 )

5. 家族や親戚に乳がんになった人がいる。

- 無 有 ⇒ 続柄 ( )

6. 出産経験がある。

- 無 有 ⇒ 授乳経験 ( 無 ・ 有 ⇒ 現在授乳中 )

7. 乳がん検査歴がある。

- 無 有 ⇒ いつ頃 ( )  
⇒ 検査内容 マンモグラフィー 超音波 視触診  
⇒ 結果 異常なし 要精査 ( )

8. 手術をしたことがある。

- 無 有 ⇒ 心臓ペースメーカー 豊胸術 その他 ( )

\*\*アンケート\*\*

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット 知人の紹介 他院からの紹介 以前ほかの検査で来院  
雑誌 その他 ( )