

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			
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		
	シンプル脳 ・ ベーシック脳 (1人 or 2人) ・ スペシャル脳 (1人 or 2人) DWIBS (CT 併用) ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ CT 肺がんドック 大腸がんドック ・ 子宮、卵巣 MRI ドック (腫瘍マーカー CA19-9・CA125 付き) 乳腺エコー ・ マンモグラフィ ・ 乳腺エコー+マンモグラフィ プレミアム乳がんドック (乳房 MRI+乳腺エコー+マンモグラフィ)		
オプション	BHQ・動脈硬化・MCI・腫瘍マーカー・アミノゲッツス・胃 ABC・血液①・血液②		
ご来院日時	令和	年	月 日 () AM : / PM : 受付

*ご登録いただきました個人情報は、プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。

*今後、受診時期のご案内やお得なプラン情報など、郵送させて頂く可能性がございます。

もし、郵送に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。

同意しません

*当院を何で知りましたか？

ネット ご紹介 () 様 以前他の検査で来院 その他 ()

*なぜ人間ドックを受診しようと思われましたか？

()

★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。

乳がん検査問診票

受診日 令和 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。

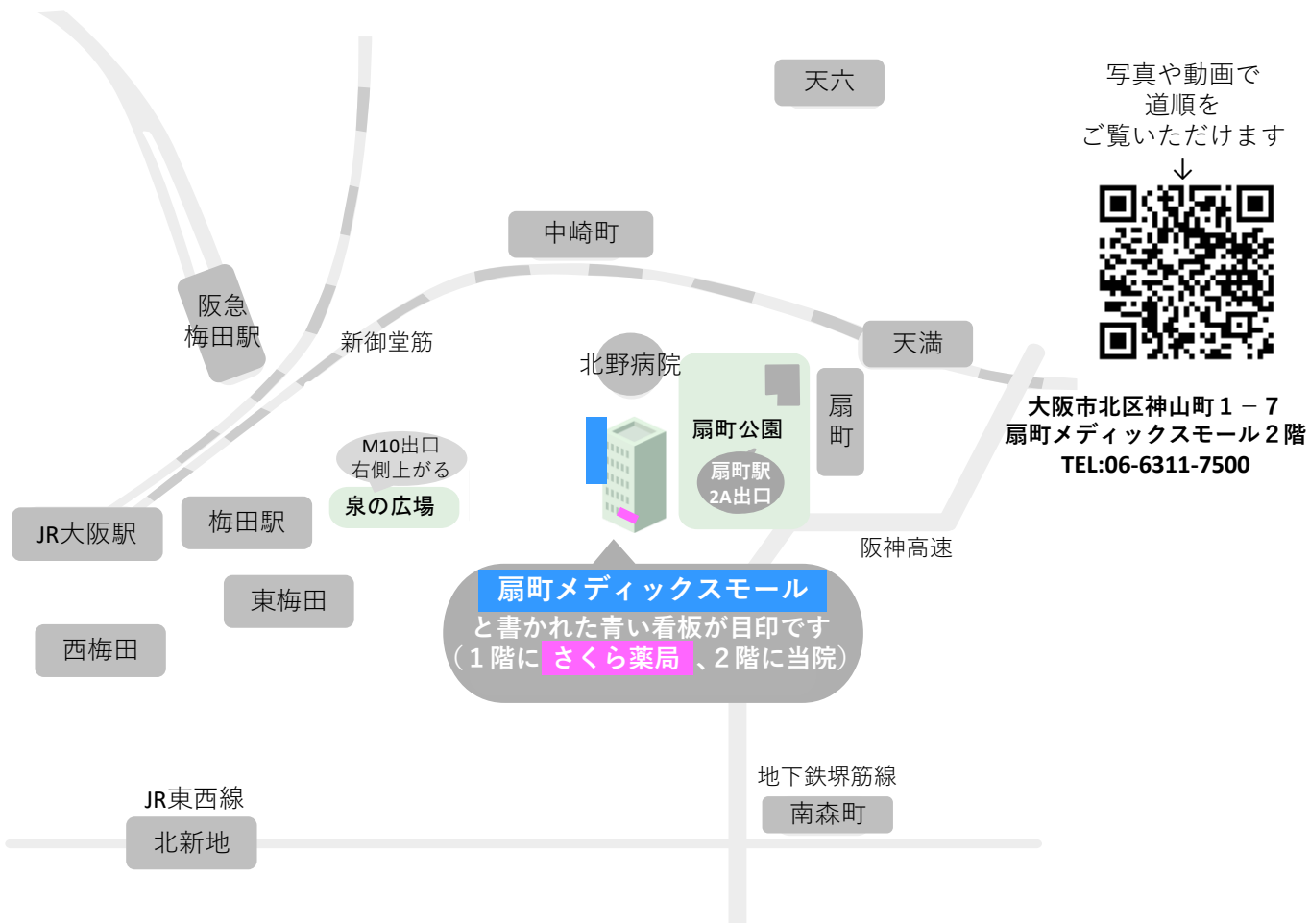
無 有 ⇒ 心臓ペースメーカー 豊胸術 その他 ()

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 ()

ラジオロジッククリニック扇町 アクセスマップ



クリニック周辺 拡大図

