

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			
生年月日	(大 ・ 昭 ・ 平)	年	月 日 (才)
住所	〒		
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		
	ペア短時間脳ドック ・ シンプル脳ドック ・ ベーシック脳ドック スペシャル脳ドック ・ アドバンス脳ドック 1 ・ アドバンス脳ドック 2 アドバンス脳ドック 3 ・ シンプル全身ドック ・ アドバンス全身ドック 上腹部ドック ・ 骨盤ドック(女性) ・ 肺がん CT ドック ・ 大腸 CT ドック 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		
オプション	腫瘍マーカー ・ アミノインデックス ・ 胃 ABC ・ 血液検査		
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。

ラジオロジッククリニック扇町 2026.09

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。

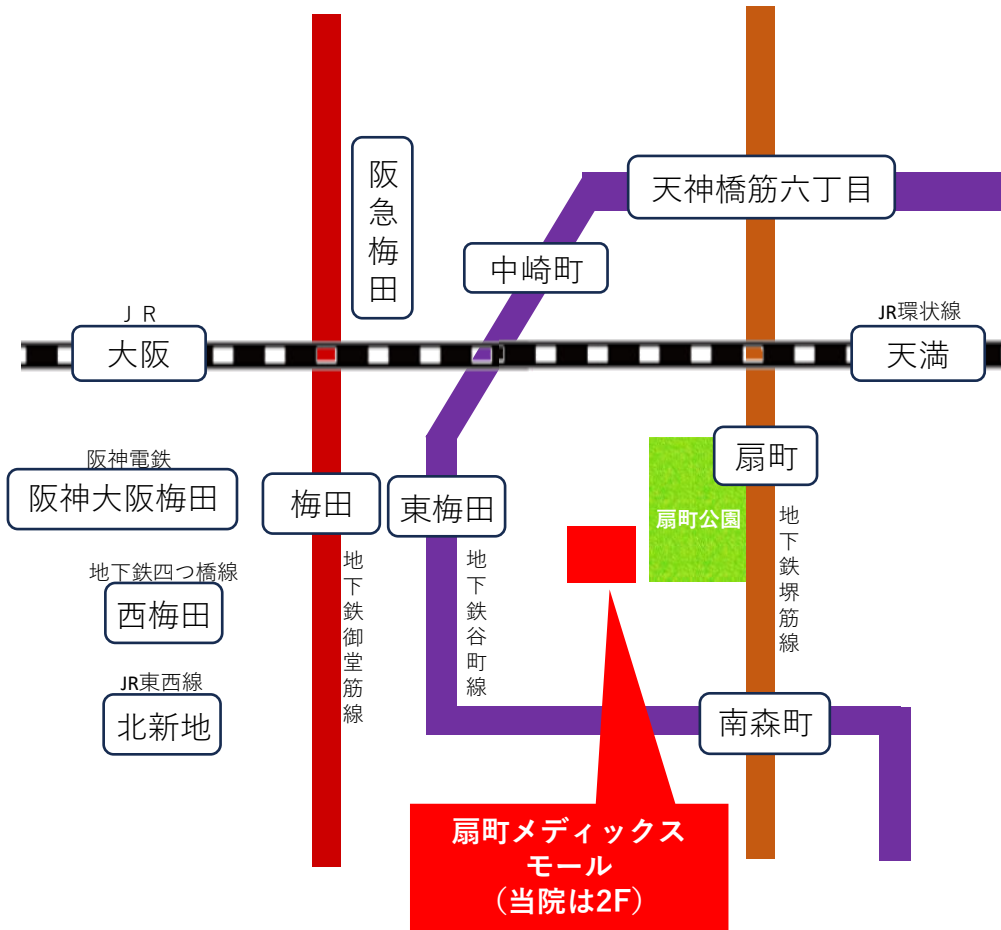
☐無 ☐有 ⇒ ☐心臓ペースメーカー ☐豊胸術 ☐その他 ()

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



写真や動画で
道順を
ご覧いただけます
↓



大阪市北区神山町 1 - 7
扇町メディックスモール 2階
TEL:06-6311-7500

クリニック周辺 拡大図



『泉の広場』からのアクセス

M10出口を出ます。左右に階段が分かれており、右側を上がります。
地上に出たらそのまま直進。地上に出てから徒歩約6分



地下鉄堺筋線『扇町駅』からのアクセス

『扇町駅2-A出口』を出ます(2-A出口より手前にあるエレベーターには乗らず、そのまま進んで2-Aの階段を上がってください)。扇町公園の斜め左の道(左に扇町プール・右にグラウンド)を進みます。2-A出口から徒歩約4分



大阪シティバス

『太融寺町』(37・78・83号系統) 下車。徒歩約2分