乳腺ドックをお受けになる方へ

検診日　平成　　年　　月　　日

お名前（ふりがな）　　生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日　　歳

ご住所　文京区　　電話番号

次の質問事項に○印、又はチェックをしてください。

1．自覚症状がある。
　□有　⇒　（　右　・　左　・　両方　）
　　⇒　□痛み　□しこり　□乳首の変形　□分泌液（　　色）
　　□その他（　　）
　□無

2．月経についてお答え下さい。
　□有　⇒　最終月経（　　月　　日から　　月　　日まで）
　　次回月経予定より遅れている。　□いる　　□いない
　□無　⇒　□閉経　□無月経

3．現在妊娠の可能性がある。
　□有
　□無

4．乳腺等の病気や婦人科系の病気をしたことがある。
　□有　⇒　（病名　　）
　□無

5．家族や親戚に乳がんになった人がいる。
　□いない
　□いる　⇒　続柄（　　）

6．出産経験がある。
　□有　　⇒　授乳経験　□有　　⇒　□現在授乳中
　□無　　　　　　　　□無

7．乳がん検診歴がある。
　□有　⇒　いつ頃　□３年以内（時期　　）　□３年以上前（時期　　）
　　⇒　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（　　）
　□無

8．手術をしたことがある。
　□有　⇒　□心臓ペースメーカー　□豊胸術　□その他（　　）
　□無

9．その他　　ホルモン治療・避妊薬使用などありましたらお書き下さい。

※ご記入いただきました個人情報は、当院個人情報保護規定に従い、厳重に管理いたします。
今後、あなたの住所に資料の送付やご案内通知をさせていただくことがございますが、
ご同意いただけない場合、下記に○印、又は「レ」チェックをお願い致します。

□同意しない。

一般財団法人　慈愛病院