

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		
	ベーシック脳ドック（1人 or 2人ペア）・スペシャル脳ドック（1人 or 2人ペア） ものわすれドック ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ 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	腫瘍マーカー・胃 ABC・血液検査(① or ②)・アミノ酸・ ()		
検査日	令和	年	月 日 () AM : ・ PM :

*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

*後日、資料の送付やご案内のDM等を郵送させて頂く可能性がございます。

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 (様) ☐ 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。

乳がん検査問診票

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 ()