

フリガナ		T・S・H・R
受診者氏名		生年月日 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 -	
自宅電話番号	- -	- -

下記の質問で該当するところに記入または○を付けてください。

1.乳がん検診は今回が初めてですか？ はい ・ いいえ

2.今まで乳がん検診や乳腺科を受診したことはありますか？ はい ・ いいえ

“ある”と答えた方にお伺いします。

以下のような指摘はありましたか？ある方は記入して下さい。

例：繊維腺腫、のうほう、乳腺腫など ()

3.本日、乳房で気になっていることがあれば教えてください。

右乳房 → 痛み・しこり・はった感じ・分泌・その他 ()

左乳房 → 痛み・しこり・はった感じ・分泌・その他 ()

4.ペースメーカーは入っていますか？ はい ・ いいえ

“はい”の方はどちらに入っていますか？ (右 ・ 左)

5.豊胸手術を受けていますか？または受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

“はい”と答えた方にお伺いします。どのような豊胸手術か教えてください。

■現在人工物を入れている → シリコン ・ 生食バック

■ヒアルロン酸注入 ■その他 ()

6.乳がん治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

“はい”と答えた方にお伺いします。いつ頃診断されましたか？ ()

手術している場合： (右 ・ 左) 術式： 温存手術(部分切除) ・ 乳房切断術 (全摘出)

7.本日の検診以外にオプション検査を希望されますか？

※クーポン以外の検査は任意です。

※マンモグラフィでは見つかりにくい、小さなしこりが見つかりやすく、40 歳以下の方におすすめします。

超音波検査 (エコー) 5,500 円 (自費)

8.血縁者に乳がんの方はいますか？

祖母・母・姉妹・叔母・従姉妹・その他 ()

9.生活習慣についてお伺いします。

■飲酒 (週 回、1 回当たり ml) ■喫煙 (1 日： 本)

■ホルモン療法中 ■ピル使用中

-----関係者連絡欄-----

US 追加

クリニックで精査、要予約

もともとクリニックでフォローアップ中