

台東区乳がん検診問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	S・H 年 月 日
お名前			
住所	〒		
電話番号	- -		
●検診歴（今までに乳がんの検診を受けたことがありますか？）			
<input type="checkbox"/> ない（今回初） / あるいは <input type="checkbox"/> 超音波（西暦 年 月） <input type="checkbox"/> マンモグラフィー（西暦 年 月）			
●今までに下記の病気にかかれたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> がん（部位 ） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 乳腺の病気（ ）			
●血縁のご家族に乳がんの方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> ない			
母 / 姉妹 / 祖母 / 娘 / おば / いとこ / その他（ ）			
●今までに手術を受けたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> 豊胸（西暦 年 月） <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> その他（ ）			
●授乳歴はありますか？			
<input type="checkbox"/> ない / <input type="checkbox"/> ある（ 回） / <input type="checkbox"/> 現在授乳中			
●最終月経はいつですか？			
月 日～ 日間 <input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 （閉経 歳）			
●現在飲んでいるお薬はありますか？			
<input type="checkbox"/> ない / <input type="checkbox"/> ある（ ）			
●お薬、食べ物のアレルギーはありますか？			
<input type="checkbox"/> ない / <input type="checkbox"/> ある（ ）			
●現在妊娠の可能性はありますか？			
<input type="checkbox"/> ない / <input type="checkbox"/> ある（ 週）			

オプション申込書

台東区の乳がん検診はマンモグラフィー検査のみです。
触診はありません。
結果は後日、ご郵送となります。

下記内容で追加検査を行っております。
ご希望の項目にチェックを入れて当日ご持参ください。

ご記入日 年 月 日

お名前 _____

区検診のみ

★追加項目

触診 + 結果説明 1,000円(税抜き)

触診 + エコー + 結果説明 5,000円(税抜き)

上野くろもんクリニック