

乳腺超音波問診票

ID		年 月 日	
(フリガナ： お名前)	生年月日 昭和・平成	年 月 日 (歳)
〒	—	住所	現在妊娠 週
電話番号 ()	—	携帯電話 ()	—

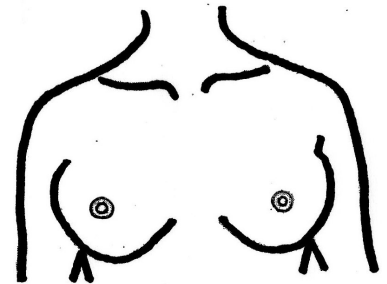
◆今までに乳がん検診を受けたことがありますか？

- ・はい
- ・いいえ

最後に受けた検診時期 () 年 () 月頃

検査方法 (視触診・マンモグラフィ・超音波検査)

結果 ()



◆気になる症状はありますか？ (図に記入してください)

- ・自覚症状なし
- ・しこり (右・左) に気づいた
- ・痛み (右・左) がある
- ・乳頭 (右・左) から分泌物 (白色、透明、褐色、血液) がでる
- ・何となく変な感じ (右・左) がある
- ・その他 ()

*その症状はいつからありますか？

() 年 () 月頃

◆今までに乳房の手術や病気をしたことがありますか？

- ・はい ()
- ・いいえ

ご家族、血縁の方に、乳がんにかかれた方はいますか？

- ・はい (続柄)
- ・いいえ

◆授乳歴はありますか？

- ・はい
- ・いいえ

本日受けられる検査は自費診療になります。

() 円の金額が発生することに 同意します・同意しない