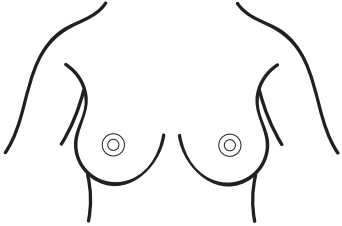


乳腺検査 問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		男・女	生年	年	月	日
お名前			月日	年	月	日
ご住所	〒					
電話番号	自宅 (- -) 携帯 (- -)					

乳房の病気を したことがありますか	
気になる症状	(いつから、どのような症状があるのか、症状のある部位に○をご記入ください。)
	
家族（血族）に 乳がんの方はいますか	(いる方はどなたかお書きください。)
今まで乳腺検査で 異常を指摘されたこと がありますか	(いつどのような異常を指摘されたか、わかる範囲でご記入ください。)
妊娠または授乳中ですか (女性の方)	妊娠中 (週) / 授乳中 / いいえ / わからない
右記に当てはまる方は 安全のため マンモグラフィを ご遠慮いただきます	<input type="checkbox"/> ペースメーカーを挿入している <input type="checkbox"/> 豊胸している <input type="checkbox"/> CV (中心静脈) ポートを挿入している <input type="checkbox"/> V-P (脳室-腹腔) シヤントを挿入している

