

問 診 票 (乳がん・卵巣がん)

No.

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齡	歳
連絡先 電話番号	(自 宅・携 帯・その他())		
紹介状	<input type="checkbox"/> あ り (当日持参 ・ 郵 送)		<input type="checkbox"/> な し
紹介医	<input type="checkbox"/> あ り (病院名: 担当医師名:)		<input type="checkbox"/> な し
家 族 歴	● 乳がん		
	<input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 姉妹() <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()		
	● 卵巣がん		
相 談 し た い こ と	<input type="checkbox"/> 父方祖母 <input type="checkbox"/> 母方祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 姉妹() <input type="checkbox"/> 子() <input type="checkbox"/> その他()		
	● その他がん()		
来 談 者	<input type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 同伴あり 人(続柄:)		
ホームページは見ましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
備 考			

※ 太枠内に、必要事項を記入し、当日持参または相談申込書の郵送先へあらかじめ郵送してください。

※ □がある項目は、該当するものにチェックし、()内にその詳細を記入してください。