

(集団けんしん)

※太枠内を必ず記入してください。

検診日 年 月 日

| | | | | | | | |
|------------|--------------|------------|------------------------|--|--|----|---|
| 住所 | 赤磐市 | | | | | | |
| フリガナ 氏名 | | | | | | 性別 | 女 |
| 生年月日 | 昭・平 年 月 日 | 年齢 | 歳 (平成31年3月31日時点の年齢) | | | | |
| 電話番号 | - | あなたの 番号 | | | | | |

| | | |
|---------------------|--|-------------------|
| 家族歴 | 血縁に乳がん：無・有 (母・姉妹・娘・祖母・その他 ()) | |
| | その他のがん：無・有 (父・母・兄弟・姉妹・子・祖父・祖母・その他 ()) | |
| 既往歴 | 乳腺疾患：無・有 (乳がん・乳腺症・繊維腺腫・その他 ()) | |
| | 乳がんの手術：無・有 (年 月 日) | ホルモン治療を受けたこと：無・有 |
| | 婦人科疾患：無・有 (病名：) | その他のがん：無・有 (病名：) |
| 受診歴 | 無・有 → 視触診のみ・視触診とマンモ (年 月 結果) | |
| 自覚症状 | 無・有 (しこり・痛み・分泌物・その他 ()) | |
| その他 | 月経：有 (最終月経 月 日～ 月 日)・無 (閉経 才) | |
| | 初潮 (才) | 出産 (回) |
| 自己検診 | 毎月している ・ 時々している ・ していない ・ 知らない | |
| 注意事項 | 豊胸術：無・有 | ペースメーカー挿入：無・有 |
| | 授乳中：無・有 | |
| | 乳房内にチューブ等の異物挿入：無・有 | 妊娠中：無・有 |
| ※注意事項「有」の人は受診できません。 | | |

| |
|--|
| 視触 未 <input type="checkbox"/> ・済 <input type="checkbox"/> |
|--|

| 日 時 | 実施医療機関 | 指導区分 |
|-------|--|--|
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 越宗医院 <input type="checkbox"/> 道満医院 <input type="checkbox"/> 吉井医院 <input type="checkbox"/> 熊山診療所 <input type="checkbox"/> 山本クリニック <input type="checkbox"/> 吉井外科内科クリニック <input type="checkbox"/> 岩藤胃腸科外科歯科クリニック | <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精検 |

※必ず裏面の注意事項をお読みください。

＜乳がん検診についての注意事項＞

- 上半身は着脱しやすい服装でおいでください。
- ネックレス、指輪、時計等の装飾品をつけないでください。
(マンモグラフィ撮影の妨げになり、紛失の可能性もあるため)
- 妊娠中、授乳中、豊胸手術、乳房内への異物挿入、ペースメーカー挿入の場合は受診できません。
- 乳がん手術後10年間は、検診ではなく手術をした医療機関でなるべく経過観察してもらいましょう。
- 医療機関で経過観察中の場合は、主治医にご相談ください。
- マンモグラフィに時間がかかるため、待ち時間が長くなりますがご了承ください。
- 背すじが伸びない場合は、マンモグラフィがうまく撮れない可能性があります。