

# 令和7年度 赤磐市 乳がん検診票〔1方向・2方向〕 (集団けんしん)

No. \_\_\_\_\_

※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 |              |            |                       | 性別 女 |
| 氏 名  |              |            |                       |      |
| 生年月日 | 大・昭<br>年 月 日 | 年齢         | 歳<br>(令和8年3月31日時点の年齢) |      |
| 電話番号 | — —          | あなたの<br>番号 |                       |      |

(左ヅメで書くこと) ☐

|                 |                                       |                                                                                          |
|-----------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1               | 令和7年4月から本日までに、乳がん検診(視触診)を受診しましたか。     | いいえ・はい<br>「はい」の場合、結果はどうでしたか?<br>( 異常なし ・ 経過観察 ・ 要精検 )<br>「要精検」の場合、<br>マンモグラフィ検査を受診できません。 |
| 2               | 令和7年4月から本日までに、乳がん検診(マンモグラフィ)を受診しましたか。 | いいえ・はい<br>「はい」の場合は受診できません。<br>検診受診は年度内に1回のみです。                                           |
| 3               | 検診歴                                   | なし・あり ( 年 月 )<br>結果 異常なし ・ あり ( )                                                        |
| 4               | 家族歴                                   | 血縁に乳がん：なし・あり<br>(母・姉妹・娘・祖母・その他 )                                                         |
|                 |                                       | その他のがん：なし・あり<br>(父・母・兄弟・姉妹・子・祖父・祖母・その他 )                                                 |
|                 | 既往歴                                   | 乳腺疾患：なし・あり (乳がん・乳腺症・繊維腺腫・その他 )                                                           |
|                 |                                       | 乳がんの手術：なし・あり ( 年 月 )                                                                     |
|                 |                                       | ホルモン治療を受けたこと：なし・あり                                                                       |
|                 |                                       | 婦人科疾患：なし・あり (病名 )                                                                        |
| 5               | その他                                   | その他のがん：なし・あり (病名 )                                                                       |
|                 |                                       | 自覚症状                                                                                     |
|                 | 自己検診                                  | 月経：あり (最終月経 月 日～ 月 日) ・ なし (閉経 歳)                                                        |
| 初潮 ( 歳) 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                                                           |

※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＞

★下記の項目に該当されることがないか確認してください★

乳がん手術後および医療機関で経過観察中の場合は、主治医とご相談ください。

安全に検査を行うために、下記に該当する人は集団けんしんでマンモグラフィを受けられません。

- ☐ 1 妊娠中または妊娠の可能性のある人
- ☐ 2 授乳中および断乳後6か月以内の人
- ☐ 3 腰の曲がりが著しく、背筋をまっすぐに伸ばせない人
- ☐ 4 自力で立位を保持することができない人
- ☐ 5 検診車の階段をおひとりで昇降できない人
- ☐ 6 両手が90度上がらない人
- ☐ 7 乳房形成をしている人
- ☐ 8 ペースメーカー・CVポート・VPシャント・チューブなど乳房内に異物が入っている人
- ☐ 9 インスリンポンプ・持続グルコース測定器を装着している人

### 受診前の注意事項

- ☐ 1 上半身は着脱しやすい服装で受診してください。
- ☐ 2 ネックレスをつけないでください。
- ☐ 3 マンモグラフィに時間がかかるため、時間には余裕を持ってお越しください。

職員確認