

令和8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	年	月	日	年齢
					歳 (令和9年3月31日時点の年齢)
電話番号	—	—			あなたの番号

(左ヅメで書くこと)

1	令和8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 「はい」の場合、結果はどうでしたか? (異常なし・経過観察・要精検) 「要精検」の場合、マンモグラフィ検査を受診できません。
2	令和8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 「はい」の場合は受診できません。 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) 結果 異常なし・あり ()
4	家族歴	血縁に乳がん：なし・あり (母・姉妹・娘・祖母・その他)
		その他のがん：なし・あり (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)	
	その他のがん：なし・あり (病名)	
5	自覚症状	なし・あり (しこり・痛み・分泌物・その他)
	その他	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確認し、ご記入ください。

〈乳がん検診についての注意事項〉

★以下の項目にご記入ください★

乳がん手術後および医療機関で経過観察中の場合は、主治医にご相談ください。

安全に検査を行うために、以下の項目に1つでも「はい」がある人は、集団けんしんでマンモグラフィを受けられません。

項目		どちらかに○	
1	妊娠中または妊娠の可能性のある人	いいえ	はい
2	授乳中および断乳後6か月以内の人	いいえ	はい
3	腰の曲がりが著しく、背筋をまっすぐに伸ばせない人	いいえ	はい
4	自力で立位を保持することができない人	いいえ	はい
5	検診車の階段をおひとりで昇降できない人	いいえ	はい
6	両手が90度上がらない人	いいえ	はい
7	乳房形成をしている人	いいえ	はい
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	いいえ	はい
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	いいえ	はい

職員確認

受診前の注意事項		職員確認
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。	/