

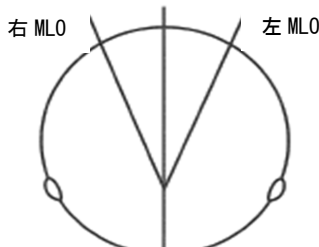
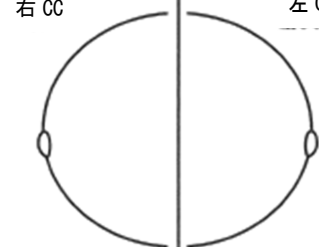
乳がん検診票 集団

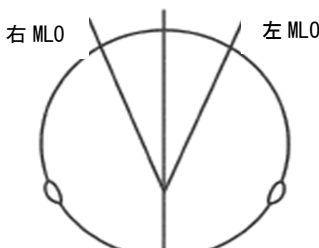
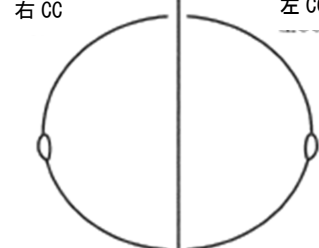
郵便番号	—	検診日	令和 年 月 日
住所	富士宮市	前回の検診	あり(年 月) ・ なし
フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		電話番号	
		自己負担金	1 あり 2 なし 7 クーポン 9 その他

※この検診は富士宮市が実施している検診です。検診結果は富士宮市に提出されます。

昨年度、富士宮市の乳がん検診を受けましたか はい ・ いいえ

個	1 妊娠… 回	6 ホルモン剤の使用…あり (年 ~ 年) ・ なし
人	2 出産… 回	7 視触診による乳がん検診の受診…あり (年) ・ なし
	3 初産… 歳	8 マンモグラフィの撮影経験…あり (年) ・ なし
	4 授乳…母乳・混合・人工	9 精密検査の有無…あり (年) ・ なし
	5 月経…閉経前・閉経 (歳)	10 針生検…あり・なし
	歴 (月経期間 月 日 ~ 月 日)	
家族歴	1 肉親の乳がん…なし・あり (続柄)	
	2 肉親の他ののがん…なし・あり (続柄) (病名)	
既往歴	1 乳房の病気にかかったことがありますか…はい・いいえ a) 乳腺炎 (歳) b) 乳腺症 (歳) c) その他 () (歳)	
	2 手術を受けたことがありますか…はい・いいえ a) 豊胸術 (歳) b) 頭部疾患 (歳) c) シヤント (歳) d) その他 () (歳)	
自覚症状	1 乳房の痛み…なし・あり(右・左) (いつも痛い・押すと痛い)(月経との関係 あり・なし)	
	2 しこり…なし・あり(右・左) (押した時の痛み あり・なし)	
	3 乳頭からの分泌…なし・あり(右・左) (水様・乳汁様・膿状・褐～血性)	
	4 その他 ()	
状	5 現在の妊娠…なし・あり	6 現在の授乳…なし・あり

マンモグラフィ所見			カテゴリー (判定) 右 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 左 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 01 腫瘍 (右・左) 02 石灰化 (右・左) 03 FAD (右・左) 04 その他の所見 (右・左) 05 リンパ節異常 (右・左)
-----------	---	---	--

マンモグラフィ所見			カテゴリー (判定) 右 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 左 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 01 腫瘍 (右・左) 02 石灰化 (右・左) 03 FAD (右・左) 04 その他の所見 (右・左) 05 リンパ節異常 (右・左)
-----------	---	---	--

結果	1 現時点では異常を認めません 2 精密検査を受けてください 9 現時点では乳がんを認めませんが、その他の所見があります ()
----	--