

〇〇〇市町村 乳がん検診受診票

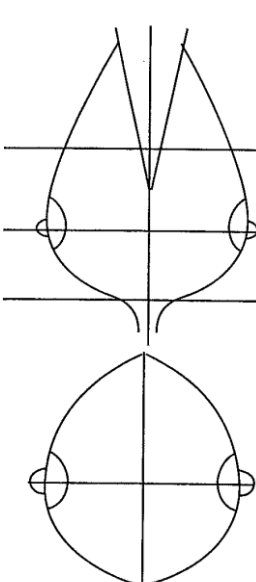
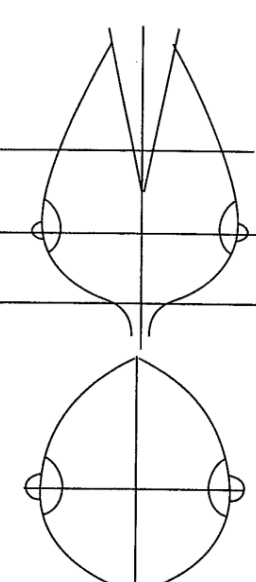
住所	〒 -	受付番号	
氏名	フリガナ	検診日	年 月 日
生年月日	昭和 年 月 日 ( )歳	検診実施機関	
		フィルムNo.	
		電話番号	( ) -

本日の乳がん検診(マンモグラフィ)は、以下の項目に該当する方は**受けられません**。 該当しない

ペースメーカーを留置している      水頭症のシャント手術をしている  
豊胸手術をしている      昨年度、市町村の乳がん検診を受診している

乳癌検診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 検診歴あり( )回目 検診最終日( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上経過		
前回検診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査<精密検査結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり( ) <input type="checkbox"/> 未受診 >		
乳房の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: ]		
乳房の手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: ]		
月経・嗜好	<input type="checkbox"/> 月経あり<最終月経: 月 日> <input type="checkbox"/> 月経なく閉経の場合: 歳> <input type="checkbox"/> 初潮は13歳未満 <input type="checkbox"/> たばこを吸う		
妊娠・出産等	<input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠の可能性がある<妊娠週数: 週/最終月経: 月 日> <input type="checkbox"/> 出産回数( )回 <input type="checkbox"/> 第1子を30歳以上で出産した <input type="checkbox"/> 授乳期間【 ヶ月間】 <input type="checkbox"/> 女性ホルモン補充療法の経験あり <input type="checkbox"/> 経口避妊薬の使用経験あり		
家族歴等	<input type="checkbox"/> 血縁(実母、姉妹)に乳癌あり <input type="checkbox"/> 身長( )cm <input type="checkbox"/> 体重( )kg		
病歴等	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮の病気あり		
自覚症状	右: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 痛み・しこり・ひきつれ・分泌物・その他( ) ) 左: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 痛み・しこり・ひきつれ・分泌物・その他( ) )		
自己触診	<input type="checkbox"/> 定期的に行っている <input type="checkbox"/> 時々行っている <input type="checkbox"/> 行っていない		

**MMG所見**

第1読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) 【所見のコメント】		第2読影 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N1 <input type="checkbox"/> N2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) 【所見のコメント】	
比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変	比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変		
第1読影医:	第2読影医:		
総合判定: <input type="checkbox"/> 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査			

一方向撮影の場合は  
 頭尾方向撮影欄に斜線。