

## 癌症检查问诊票 がん検診受診票

管理号码

ID

□□

TEL: \*请填写紧急情况时可以取得联系的电话号码。

ID: □□□□□□□□□□

受理  
号码

生年 月日	个人 号码	
检查 日		

\* 问诊事项请事先用铅笔填写后, 检查当天带到会场来。并且检查后请务必提交。

\* 因为要进行机械处理, 所以请不要弄脏或折弯。

接受乳腺癌和子宫颈癌的人裏背面也请填写。

\* 以下的项目中, 请填写就诊项目(双重框内注有★印的项目)的现病史、既往病史、问诊栏。

填写时的注意事项: 关于身体状况的项目, 最近1个月内该当项目上请画竖线。|

结核、肺癌检查的现病史、既往病史 ★						结核、肺癌检查的问诊 ★						肺癌检查			胃癌检查		
<input type="checkbox"/> 没有 尘肺      治疗中      治愈      放任      手术      年龄 88 肺结核                                  88 慢性支气管炎                                  88 肺炎                                  88 胸膜炎                                  88 哮喘                                  88 肺癌                                  88 其他呼吸道疾病 ( )                                  88						<input type="checkbox"/> 无吸烟史 <input type="checkbox"/> 现在吸烟 <input type="checkbox"/> 已戒烟 ( ) 年前 你的吸烟指数为 888 支/天 × 88 年 = 吸烟指数 8888  <input type="checkbox"/> ①没有 <input type="checkbox"/> ②怀孕中 (有怀孕的可能性的人) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③一直胸痛 <input type="checkbox"/> ④咳嗽、有痰 <input type="checkbox"/> ⑤6个月以内出过血痰 <input type="checkbox"/> ⑥尘肺、做过石棉作业的人						NO  <input type="checkbox"/> 咳痰检查  ·不希望接受咯痰检查 ·希望接受咯痰检查 吸烟指数 (600以上) (50岁以上) · 分发			NO  <input type="checkbox"/> 大肠癌检查  · 1支   · 2支		

胃癌、大肠癌检查的现病史、既往病史 ★						胃癌、大肠癌检查的问诊 ★						胃癌检查的问诊					
<input type="checkbox"/> 没有 胃溃疡      治疗中      治愈      放任      手术      年龄 88 十二指肠溃疡                                  88 胃息肉                                  88 胃癌                                  88 大肠息肉                                  88 大肠癌                                  88 幽门螺杆菌                                  88 其他消化器官疾病 ( )                                  88						<input type="checkbox"/> ①没有 <input type="checkbox"/> ②怀孕中 (有怀孕的可能性的人) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ③体重减轻了 <input type="checkbox"/> ④没有食欲 <input type="checkbox"/> ⑤胃胀、疼痛 <input type="checkbox"/> ⑥烧心、打嗝、恶心、有时会呕吐 <input type="checkbox"/> ⑦食物难以下咽 <input type="checkbox"/> ⑧大便有异常 <input type="checkbox"/> ⑨想去排便好几次 <input type="checkbox"/> ⑩有痔疮 <input type="checkbox"/> ⑪对钡有过敏症状						有无饮食 (包括水分)      量、时间 · 没有   · 有      → ( ) 有无胃切除      切除范围 · 没有   · 有      → ( ) 有无对钡过敏 · 没有   · 有 [中止] <input type="checkbox"/> 初次 有无大肠憩室炎 · 没有   · 有 [中止] <input type="checkbox"/> 说明 脑的疾病 ( )      脑部疾病发病以后的就诊经历 · 没有   · 有      → · 没有   · 有 有被说过血压高 · 没有   · 有      → 通常血压 ( ) 高血压治疗的有无 · 没有   · 有 今天的血压 (工作人员填写) ( / )					

工作人员评论 (盖章)

## 宫颈癌、乳腺癌检查的问诊

## 1) 家属病历

□ 没有

①乳腺癌 ②宫颈癌 ③子宫癌

母亲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
祖母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2) 怀孕中 (有怀孕的可能)

□ 没有  有

## 宫颈癌检查的现病史、既往病史

□ 没有

※ 有无做过手术 (破腹产除外)

	治疗中	治愈	放任	手术	年龄
子宫肌瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
子宫癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
阴道糜烂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
阴道炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
息肉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
子宫内膜异位症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
子宫腺肌病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
宫外孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
卵巢肿瘤 (右・左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
输卵管炎 (右・左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
其他妇科疾病	( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
子宫癌检查就诊经历	<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 有	→	<input type="checkbox"/> 没有异常	<input type="checkbox"/> 有异常
	<input type="checkbox"/> 说明	<input type="checkbox"/>			

## 宫颈癌检查的问诊

1) 闭经年龄 8 8 歲

2) 最后例假

※ 闭经后的人不用填写

( ) 年 ( ) 月 ( ) 日起 ( ) 天

例假  正常 ( ) 天  不正常例假量  少  普通  多痛经  没有  有

3) 关于怀孕分娩 (没有的话请填写0)

怀孕次数 8 8 次 自然流产次数 8 8 次  
(包括流产)

分娩次数 8 8 次 人工流产次数 8 8 次

4) 有无破腹产

 没有  有 ( ) 次

5) 其他问诊

 ①没有 ②下腹部有膨胀感 ③阴部发痒 ④有白带〔  少量  多量 ]〔  白色  黄色 ] ⑤有不正出血〔  少量  多量 ]〔  鲜血  褐色  淡色 ]

## 乳腺癌检查

· 1-R

· 2-R

NO

(20歳以上)

## 宫颈癌检查

NO

## 医生填写栏

阴道糜烂

 可疑  确诊

子宫肌瘤

 可疑  确诊

阴道炎

 可疑  确诊

右卵巢肿瘤

 可疑  确诊

颈管息肉

 可疑  确诊

左卵巢肿瘤

 可疑  确诊

## 判定

 没有异常 过程观察 要治疗  
(要医疗护理)

其他

结果反映

(不要・要)

医生NO

8 8 8

## 乳腺癌检查的问诊

 ①没有 ②乳房疼痛(  ③右  ④左  ⑤两侧 ) ⑥乳房有疙瘩(  ⑦右  ⑧左  ⑨两侧 ) ⑩乳头有分泌物

(2) 有无插入起搏器

 没有  有

(3) 有无做过丰胸手术

 没有  有

(4) 哺乳史

 没有  有

(5) 哺乳中

· 是 ※ 包括断奶后1个月内

## 工作人员评论

## 乳腺癌检查的现病史、既往病史

□ 没有

	治疗中	治愈	放任	手术	年龄
乳腺炎 (右・左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
乳腺病 (右・左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
纤维腺瘤 (右・左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
乳腺癌 (右・左)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
切除范围 → ( )					
其他乳房的疾病 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 8
乳腺癌检查就诊经历	<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 有			

乳腺癌检查就诊经历

 没有  有