

健康检查问诊票 (乳腺癌检查)

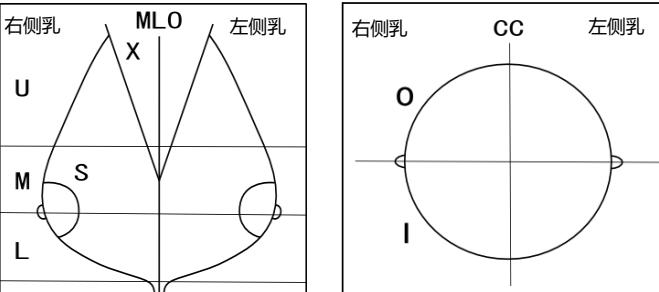
元気すこやか健診受診票 (乳がん検診)

问诊年月日	住址 东广岛市			TEL
医疗机构名称	平假名		本年度3月底时的年龄	年 月 日生
医生姓名	姓名	岁		
	医疗机构 填写栏	受诊券确认	东广岛市国民健康保险加入	免费证明
		有 · 无	有 · 无	有 · 无

*请填写粗框中的内容。

问诊者填写栏	1. 以前有接受过乳腺癌检查吗? <input type="checkbox"/> 有 (年 月左右) <input type="checkbox"/> 没有 检查方法: <input type="checkbox"/> 同时利用乳房的视诊触诊和乳腺X线摄影 <input type="checkbox"/> 只有乳腺X线摄影 <input type="checkbox"/> 其他 () 检查结果: <input type="checkbox"/> 有异常 () <input type="checkbox"/> 没有异常				
	2. 有没有患过乳房的疾病? <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有 (病名) : 岁 <input type="checkbox"/> 现在治疗中 ()				
	3. 亲属(有血缘者)中有人患过乳腺癌吗? <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有 (关系))				
	4. 请回答以下问题。 初潮 (岁) / 已经闭经了吗? <input type="checkbox"/> 还没有 <input type="checkbox"/> 已闭经 (岁) 最近的例假(从 月 日起 天) <input type="checkbox"/> 现在使用起搏器 <input type="checkbox"/> 接受过丰胸手术				
	5. 请填写怀孕史。 <input type="checkbox"/> 没有怀孕过 <input type="checkbox"/> 有怀孕过(怀孕 次 / 分娩 次) <input type="checkbox"/> 怀孕中				
	6. 请填写哺乳史。 <input type="checkbox"/> 没有哺乳过 <input type="checkbox"/> 有哺乳过(不满6个月 · 6个月以上) <input type="checkbox"/> 哺乳中				
	7. 请回答以下自觉症状。 ①乳房有疼痛感或有硬块儿吗? <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有 疼痛感(右 · 左) / 硬块儿(右 · 左) ②乳头有出分泌物吗? <input type="checkbox"/> 没有 <input type="checkbox"/> 有(右 · 左) ③其他 ()				

乳腺癌检查结果 请在以下该当项目前的□上打勾✓。

医生填写栏	乳腺X线摄影结果				
	(如下图示)			摄影方向	<input type="checkbox"/> 单方向 <input type="checkbox"/> 双方向
	●肿瘤 ∵石灰化 ≠乳腺实质			部位	右侧乳房 左侧乳房
				乳腺评价	<input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高浓度 <input type="checkbox"/> 高浓度
					<input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高浓度 <input type="checkbox"/> 高浓度
				分级判定	① I 级 ① I 级 ② II 级 ② II 级 ③ III 级 ③ III 级 ④ IV 级 ④ IV 级 ⑤ V 级 ⑤ V 级

* I 级(无异常)、II级(良性)、III级(良性、但是不否认恶性病变的可能性)、IV级(有恶性病变可能)、V级(恶性病变)

乳腺癌检查判定结果	<input type="checkbox"/> 无异常 <input type="checkbox"/> 要观察 () <input type="checkbox"/> 要精密检查
精密检查確認欄	<input type="checkbox"/> 精密检查实施完毕 <input type="checkbox"/> 预定实施精密检查 <input type="checkbox"/> 介绍其他医院(开介绍信) → 精密检查结果通知, 医疗机构请务必返送回市政府。

(医疗机构 → 东广岛市)