

健康检查问诊票（乳腺癌检查）

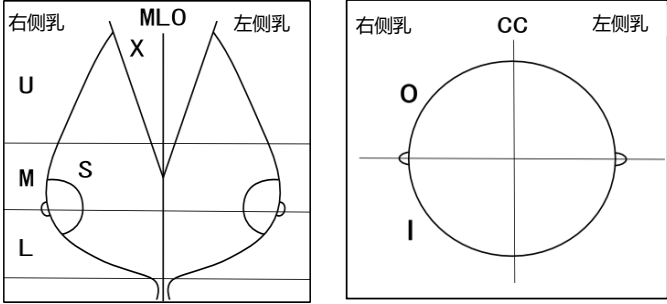
元気すこやか健診受診票（乳がん検診）

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	
	姓名	岁		
医生姓名	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 请在以下该当项目目前的□上打勾✓。

医生填写栏	乳腺X线摄影结果		
	(如下图示) ●肿瘤 ∴石灰化 ≠乳腺实质 	摄影方向	<input type="checkbox"/> 单方向 <input type="checkbox"/> 双方向
		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
		分级判定	① I级 ② II级 ③ III级 ④ IV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 ）