

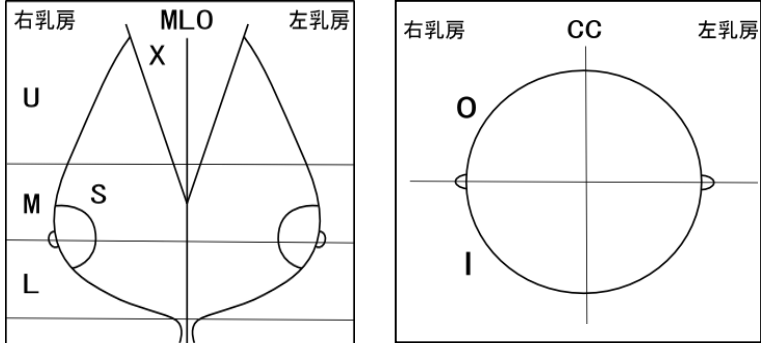
元気すこやか健診受診票(乳がん検診)

受診年月日	住所 東広島市		TEL		-	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭・平			
医師名	氏名	歳	年	月	日生	
(印)	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書	有	無	

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄	1. これまでに乳がん検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある (平成 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 受けたことがない 検診方法: <input type="checkbox"/> 乳視触診とマンモグラフィの併用 <input type="checkbox"/> マンモグラフィのみ <input type="checkbox"/> その他() 検診結果: <input type="checkbox"/> 異常あり() <input type="checkbox"/> 異常なし
	2. 乳房の病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 : 歳 <input type="checkbox"/> 現在治療中)
	3. 家族(血縁)に乳がんにかかった人がいますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(続柄)
	4. 今までのことについて記入してください。 初潮 (歳) / 閉経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳) 最近の月経(月 日から 日間) <input type="checkbox"/> ペースメーカーを挿入している <input type="checkbox"/> 豊胸手術を受けている
	5. 妊娠歴について記入してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(妊娠 回 / 分娩 回) <input type="checkbox"/> 妊娠中
	6. 授乳歴について記入してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(6か月未満 ・ 6か月以上) <input type="checkbox"/> 授乳中
	7. 自覚症状について記入してください。 ① 乳房に痛み・しこりがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 痛み(右・左) / しこり(右・左) ② 乳首からの分泌物がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(右・左) ③ その他 ()

乳がん検診結果 該当する項目の□にレ点を記入してください。

医師記入欄	マンモグラフィ所見		
	(所見を下に図示) ●腫瘍 ∴石灰化 ≠乳腺実質の所見	撮影方向	<input type="checkbox"/> 1方向 <input type="checkbox"/> 2方向
		部位	右乳房 左乳房
	乳腺評価	<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	<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
① カテゴリー I ① カテゴリー I ② カテゴリー II ② カテゴリー II ③ カテゴリー III ③ カテゴリー III ④ カテゴリー IV ④ カテゴリー IV ⑤ カテゴリー V ⑤ カテゴリー V	カテゴリー判定		

※カテゴリー I (異常なし)、カテゴリー II (良性)、カテゴリー III (良性、しかし悪性を否定できない)、カテゴリー IV (悪性の疑い)、カテゴリー V (悪性)

乳がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察() <input type="checkbox"/> 要精密検査
精密検査確認欄	<input type="checkbox"/> 精密検査実施済 <input type="checkbox"/> 精密検査実施予定 <input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介状発行) 日付(/) 検査方法() 結果() 判定(放置可・経過観察・要治療) (医療機関 → 医師会 → 東広島市)