

Bảng câu hỏi khám sức khỏe Genki Sukoyaka/元気すこやか健診受診票 (Tầm soát ung thư vú/乳がん検診)

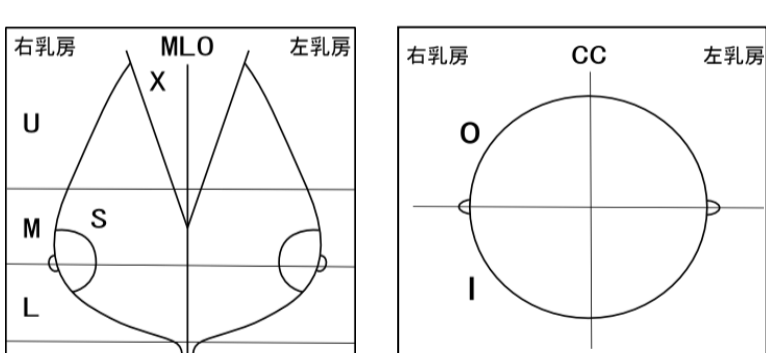
Ngày khám	Địa chỉ Higashihiroshima-shi	TEL - -
Tên cơ quan y tế	Hiragana	Số tuổi cuối niên độ Taisho · Showa · Heisei
Tên bác sĩ	Họ tên	tuổi Sinh năm 年 tháng 月 ngày 日生
Mã số Phiếu khám sức khỏe	Mục ghi bởi cơ quan y tế	Giấy chứng nhận miễn phí Có · Không

※Xin vui lòng điền vào các mục trong khung in đậm.

Phần điền bởi người khám sức khỏe	1. Cho đến nay, bạn đã bao giờ làm xét nghiệm tầm soát ung thư vú chưa? <input type="checkbox"/> Đã từng (vào khoảng năm 年 tháng 月ごろ) <input type="checkbox"/> Chưa Phương pháp kiểm tra: <input type="checkbox"/> Khám sờ nắn bằng tay và chụp nhũ ảnh <input type="checkbox"/> Chỉ chụp nhũ ảnh <input type="checkbox"/> Khác () Kết quả kiểm tra <input type="checkbox"/> Phát hiện có bất thường () <input type="checkbox"/> Không có gì bất thường
	2. Bạn có từng mắc các bệnh về vú không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (tên bệnh : tuổi <input type="checkbox"/> Hiện đang điều trị)
	3. Có ai trong gia đình bạn (cùng quan hệ huyết thống) bị ung thư vú không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Mối quan hệ:)
	4. Vui lòng điền các thông tin liên quan đã từng xảy ra cho đến nay. Kinh nguyệt lần đầu tiên (tuổi) / Mãn kinh <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (tuổi) Kỳ kinh nguyệt gần đây nhất (từ tháng 月 ngày 日, kéo dài khoảng ngày日間) <input type="checkbox"/> Hiện đang đặt máy điều hòa nhịp tim <input type="checkbox"/> Đã làm phẫu thuật nâng ngực
	5. Về lịch sử mang thai. <input type="checkbox"/> Chưa <input type="checkbox"/> Rồi (Số lần mang thai: lần / Số lần sinh con: lần) <input type="checkbox"/> Đang mang thai
	6. Về lịch sử cho con bú. <input type="checkbox"/> Chưa <input type="checkbox"/> Rồi (Dưới 6 tháng · Từ 6 tháng trở lên) <input type="checkbox"/> Hiện đang cho con bú
	7. Vui lòng điền thông tin về các triệu chứng bạn gặp phải. ① Có bị đau hoặc có cục hạch, khối u nào ở vú không? <input type="checkbox"/> Không có <input type="checkbox"/> Có (Bị đau (Phải · Trái)/Cục u (Phải · Trái)) ② Đầu vú có chảy, tiết ra dịch gì không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Phải · Trái) ③ Khác ()

Kết quả tầm soát ung thư vú

Xin vui lòng đánh dấu ✓ vào ô vuông có nội dung tương ứng.

Phần điền bởi bác sĩ	Kết quả chụp nhũ ảnh (X-quang tuyến vú mammography)		
	(Kết quả như hình ảnh dưới đây) ● Khối u ∴ Vôôi hóa ≠ Phát hiện thực tế ở nhu mô tuyến vú	Hướng chụp	<input type="checkbox"/> Hướng 1 <input type="checkbox"/> Hướng 2
		Vị trí	Vú phải Vú trái
	Đánh giá tuyến vú	<input type="checkbox"/> Mô mỡ <input type="checkbox"/> Mô vú dạng sợi rải rác <input type="checkbox"/> Mô vú dày đặc không đồng nhất <input type="checkbox"/> Mô vú cực kỳ dày đặc	<input type="checkbox"/> Mô mỡ <input type="checkbox"/> Mô vú dạng sợi rải rác <input type="checkbox"/> Mô vú dày đặc không đồng nhất <input type="checkbox"/> Mô vú cực kỳ dày đặc
Phân loại đánh giá	① Loại I ② Loại II ③ Loại III ④ Loại IV ⑤ Loại V	① Loại I ② Loại II ③ Loại III ④ Loại IV ⑤ Loại V	

※Loại I (không có bất thường), Loại II (lành tính), Loại III (lành tính, nhưng không thể loại trừ khả năng ác tính), Loại IV (ngghi ngờ ác tính), Loại V (ác tính)

Kết quả nhận định	<input type="checkbox"/> Không phát hiện bất thường <input type="checkbox"/> Quan sát quá trình () <input type="checkbox"/> Yêu cầu kiểm tra chi tiết
Mục xác nhận kiểm tra chi tiết	<input type="checkbox"/> Đã hoàn tất kiểm tra chi tiết <input type="checkbox"/> Dự định tiến hành kiểm tra chi tiết <input type="checkbox"/> Giới thiệu cơ sở y tế khác (cấp giấy giới thiệu) → Hãy nhớ nhất định phải gửi lại thông báo kết quả kiểm tra chi tiết cho Thành phố