

Phiếu khám kiểm tra sức khỏe Genki Sukoyaka (Tầm soát ung thư vú)

元氣すこやか健診受診票（乳がん検診）

|                  |                                     |                     |                                                                |                          |
|------------------|-------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Ngày khám        | Địa chỉ <b>Higashihiroshima-shi</b> |                     | TEL - -                                                        |                          |
| Tên cơ quan y tế | Hiragana                            |                     | Số tuổi cuối niên độ                                           | Taisho・Showa・Heisei      |
|                  | Họ tên                              |                     | Sinh năm                                                       | 年 tháng 月 ngày 日生        |
| Tên bác sĩ       | Mục ghi của cơ sở y tế              | Xác nhận phiếu khám | Tham gia bảo hiểm y tế quốc d<br>ân thành phố Higashihiroshima | Giấy chứng nhận miễn phí |
|                  |                                     | Có・Không            | Có・Không                                                       | Có・Không                 |

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

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Phần<br>điền<br>bởi<br>người<br>khám<br>sức<br>khỏe | 1. Cho đến nay, bạn đã bao giờ làm xét nghiệm tầm soát ung thư vú chưa?<br><div><input type="checkbox"/>Đã từng ( vào khoảng năm 年 tháng 月ごろ) <input type="checkbox"/>Chưa</div> <div>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 ( )</div> <div>Kết quả kiểm tra <input type="checkbox"/>Phát hiện có bất thường ( ) <input type="checkbox"/>Không có gì bất thường</div> |
|                                                     | 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.<br>Kinh nguyệt lần đầu tiên ( tuổi) / Mãn kinh <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có ( tuổi)<br>Kỳ kinh nguyệt gần đây nhất (từ tháng 月 ngày 日, kéo dài khoảng ngày日間)<br><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"/> Rời (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"/> Rời (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.<br>①Có 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))<br>②Đầu vú có chảy, tiết ra dịch gì không? <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có (Phải・Trái)<br>③Khác ( )                                                                                                                                  |

Kết quả tầm soát ung thư vú Xin vui lòng đánh dấu ✓ vào ô vuông ☐ có nội dung tương ứng.

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

※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 xét nghiệm chuyên sâu                                                                                                                                                                       |
| Mục xác nhận xét nghiệm chuyên sâu | <div><input type="checkbox"/>Đã hoàn tất xét nghiệm chuyên sâu <input type="checkbox"/>Dự định tiến hành xét nghiệm chuyên sâu <input type="checkbox"/>Giới thiệu cơ sở y tế khác (cấp giấy giới thiệu)</div> <div>→ Hãy nhớ phải yêu cầu cơ sở y tế gửi lại Giấy thông báo kết quả xét nghiệm chuyên sâu về cho thành phố</div> |

(Cơ quan y tế 医療機関 → Thành phố Higashihiroshima東広島市 )