

Questionário médico para exame de saúde (exame para Câncer de Mama)

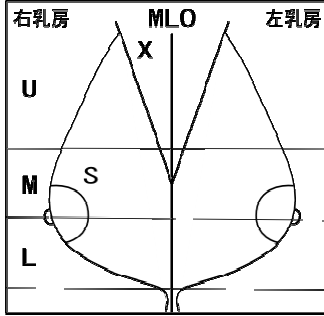
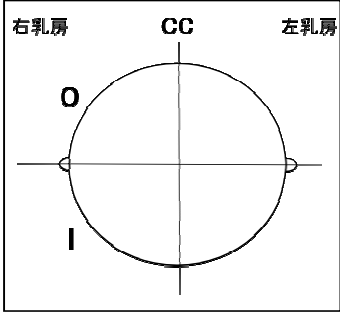
Data do exame	Endereço: Higashihiroshima-shi		TEL - -	
Nome hospital	Furigana	idade complet	T · S · H	
Nome médico	Nome		anos	nascimento ano mês dia
carimbo	Número do bilhete	Espaço para o médico preencher	Certificado Gratuito	Sim · Não

※ Preencher apenas os espaços mais escuros

P r e e n c h a , P o r f a v o r	1. Até agora, você já realizou exame para detectar câncer de mama? <input type="checkbox"/> sim (mais ou menos no ano ____ mês ____) <input type="checkbox"/> não, nunca tipo de exame: <input type="checkbox"/> apalpar das mamas e mamografia <input type="checkbox"/> somente mamografia <input type="checkbox"/> outros (_____) resultado do exame: <input type="checkbox"/> anormal (_____) <input type="checkbox"/> normal
	2. Você já teve alguma doença de mama? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (nome da doença: _____) <input type="checkbox"/> em tratamento
	3. Algum familiar (consanguíneo) teve câncer de mama? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (grau de parentesco: _____)
	4. Escreva abaixo sobre cada item: Primeira menstruação (com ____ anos) / menopausa: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (com ____ anos) Menstruação mais recente: (a partir do mês ____ dia ____, com duração de ____ dias) <input type="checkbox"/> Tem marca passo inserido <input type="checkbox"/> fez cirurgia para aumento de mama
	5. Escreva sobre histórico de gravidez: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> sim (____ vezes) / parto ____ vezes) <input type="checkbox"/> atualmente estou grávida
	6. Escreva sobre amamentação: <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> sim (menos que 6 meses · mais que 6 meses) <input type="checkbox"/> atualmente estou amamentando
	7. Preencha os sintomas subjetivos: ① dor ou caroço nas mamas: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim dor (mama direita · mama esquerda) / caroço (mama direita · esquerda) ② existe secreção de mamilo? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim (mama direita · mama esquerda) ③ outros (_____)

Resultado do exame

de câncer de mama ítem adequado assinalado

o m é d i c o p r e e n c h e	Constatações da mamografia		
	(os resultados são mostrados abaixo): <input checked="" type="checkbox"/> tumor ; calcificação # substancial	direção de imagem	<input type="checkbox"/> direção 1 <input type="checkbox"/> direção 2
		parte	mama direita mama esquerda
	 	Avaliação de glândula mamária	<input type="checkbox"/> gorduroso <input type="checkbox"/> gorduroso <input type="checkbox"/> mama dispersa <input type="checkbox"/> mama dispersa <input type="checkbox"/> Alta concentração heterogênea <input type="checkbox"/> Alta concentração heterogênea <input type="checkbox"/> Alta concentração não uniforme <input type="checkbox"/> Alta concentração não uniforme
	Critérios de categorias	<input type="checkbox"/> categoria I <input type="checkbox"/> categoria I <input type="checkbox"/> categoria II <input type="checkbox"/> categoria II <input type="checkbox"/> categoria III <input type="checkbox"/> categoria III <input type="checkbox"/> categoria IV <input type="checkbox"/> categoria IV <input type="checkbox"/> categoria V <input type="checkbox"/> categoria V	

※ Categoria I (sem anormalidades), Categoria II (benigna), Cat. III (benigna, mas a malignidade não pode ser negada), Cat. IV (suspeita de malignidade), Catego

Resultado do exame de câncer de mama	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> em acompanhamento (_____) <input type="checkbox"/> necessário exame minun
confirmação de exame minuncioso	<input type="checkbox"/> exame minuncioso realizado <input type="checkbox"/> exame agendado <input type="checkbox"/> apresentado para outro hosp data (/) método do exame (_____) resultado (não precisa acompanhamento · acompanhamento · necessário tr