

令和2年度 高梁市乳がん(マンモグラフィ)・子宮頸がん集団検診問診票

両面に記入

実施日 年 月 日

マンモグラフィ撮影方法：1方向(50歳以上)・2方向(40歳代)

住所	高梁市 (電話番号)	ふりがな	
		氏名	
生年月日	大・昭・平 年 月 日	2021年3月31日時点の年齢 (対象年齢：乳がん40歳以上・子宮頸がん20歳以上)	歳

該当する項目に☑してください

※裏面の受診上の注意点をよくお読みになってから下記をご記入ください。

共通の質問	出産歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒出産回数 <input type="text"/> 回 初産 <input type="text"/> 歳/最終産 <input type="text"/> 歳	
	月経(生理)	初潮 <input type="text"/> 歳 閉経 <input type="text"/> 歳	*以下は、現在生理のある方のみお答えください 生理 <input type="checkbox"/> 順調 <input type="checkbox"/> 不順 生理痛 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 生理の量 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 少 一番最近の生理は <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	ホルモン剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり	
子宮がん検診に関する質問	受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	*精密検査が必要と言われたことがありますか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 続柄 () <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 卵巣がん <input type="checkbox"/> その他 ()	
	既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 <input type="checkbox"/> 子宮内膜症 <input type="checkbox"/> 卵巣のう腫 <input type="checkbox"/> 頸管ポリープ <input type="checkbox"/> 高度子宮後屈 <input type="checkbox"/> 膣炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	婦人科の手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="text"/> 年 病名 () <input type="checkbox"/> 子宮全摘術 <input type="checkbox"/> 円錐切除術	
	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 不正出血 <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> しこり <input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他	子宮内避妊器具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 過去にあり 性交経験 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
乳がん検診に関する質問	受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 視触診 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 受診 マンモグラフィ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 受診 超音波 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 受診	
	家族歴(乳がん)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 続柄： <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄弟	
	既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 乳がん <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 乳腺症 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 その他 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()	
	手術歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右	
	自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 痛み <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 はり・重苦感 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 変形 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 乳汁分泌 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 しこり <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 ()	
	身長/体重	身長 <input type="text"/> cm / 体重 <input type="text"/> kg	

検診所見(視触診)  <input type="checkbox"/> 異常なし	視触診年月 年 月 日 【所見】 1.腫 瘤：無・有 (右・左) 硬 結：無・有 (右・左) 2.乳頭所見：無・有 陥 凹 (右・左) びらん (右・左) 異常分泌 (右・左) 3.腋窩リンパ節腫脹 : 無・有 (右・左) 4.その他 ()	所見(内診・視診)指導  <input type="checkbox"/> 異常なし	【所見コード】 01. 臍部ピラン 02. 膣 炎 03. 老人性膣炎 04. 頸管ポリープ 08. 子宮筋腫 10. 卵巣のう腫 18. 子宮脱
【診断】 2. 乳がん(疑い含む) <input type="checkbox"/> 3. 乳腺症 <input type="checkbox"/> 4. 乳腺痛症 <input type="checkbox"/> 5. 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 6. その他 () <input type="checkbox"/> 9. 不明 <input type="checkbox"/>	【指導区分】 2. 経過観察 <input type="checkbox"/> 3. 要精検 <input type="checkbox"/> 4. 要治療 <input type="checkbox"/> 診察医 _____	所 見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指 導 区 分 <input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 放置 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療

子宮がん・乳がん検診を受診される方へ

子宮がん・乳がん検診の受診にあたり、以下の注意事項をご確認の上、
チェックボックスの記入、問診票の記入をお願いします

- ◆脱ぎ着しやすい服装（ゆったりしたスカートなど）でお越しください
- ◆検診車には階段・段差がありますので、乗降時等にお足元には十分ご注意ください

子宮がん検診

妊娠中または妊娠の可能性のある方は受診できません

(✓してください) 該当しません

生理中の方へ

検診は出来ませんが、再検査になる可能性もありますので
生理中を避けていただくことが望ましいです。

少し出血する場合があります

出血は1～2日程度で止まりますので心配はありません。
出血が何日も続く場合は医療機関を受診して下さい。

乳がん検診(マンモグラフィ)

以下に該当する方は乳がん検診を受診出来ません

(✓してください) 該当しません

- ①妊娠中または妊娠の可能性のある方
- ②心臓ペースメーカー・CVポート・VPシャント
手術時のクリップが入っている方
- ③豊胸手術などで乳房に人工物が入っている方
- ④授乳中の方
- ⑤乳房疾患の治療中または病院で年1回以上経過観察中
の方