

# 乳房検診を受けられる方へ

検診日	企業名
個人ID	生年月日
氏名	( ) 歳

前回	
所見 <small>(マンモのみ)</small>	

◆次の太枠の項目についてご記入ください。

家族歴	血縁に乳癌： 無 ・ 有 続柄 ( )
既往歴	乳腺疾患： 無 ・ 有 病名／乳腺症・乳腺炎・線維腺腫・乳癌・ ( ) 現在／ 通院中 ・ 経過観察中
手術歴	乳房・胸部の手術： 無 ・ 有 ( ) ※手術とは豊胸術（脂肪注入、シリコンバック等）、ペースメーカー、ポートなども含みます。
乳癌検診の有無	初めて ・ 受けたことがある ( マンモグラフィ・乳腺超音波検査 )
前回の乳癌検診の時期	年 月
過去の乳癌検診の結果	異常なし <b>*異常あり</b> ⇒ ( 精密検査を受けた ・ 精密検査を受けていない )
精密検査内容及び経過観察の有無	<b>*異常あり「精密検査を受けた」と答えた方のみ記入</b> ・ 精密検査内容 ( 乳腺超音波 ・ マンモグラフィ ・ 細胞診検査 ) ・ 精密検査後は、 ( 定期的に経過観察中[健診で・専門医で] ・ 経過観察なし )
乳房で気になる症状	無 ・ 有 ( )
月 経	初潮： 歳 最終月経： 年 月 日 ～ 月 日 閉経： 歳
妊娠・出産・授乳	出産経験 無 ・ 有 妊娠の可能性： 無 ・ 有 授乳中(断乳後6ヶ月以内を含む)： 無 ・ 有

### ◇マンモグラフィ検査の注意点◇

★ 次のような方は、マンモグラフィ検査を受けることが出来ません。

- 妊娠中、授乳中の方
- 両乳房切除術後
- 豊胸術
- ペースメーカー挿入中・V-Pシャント挿入中・その他

※圧迫による痛みを伴う場合があります。

※抗血栓薬を飲んでいませんか？

→内出血や青あざが起こる可能性があります。

次のような方は乳腺超音波での検査をおすすめします。

- 漏斗胸の方
- マンモグラフィ検査で高濃度乳腺症を指摘されたことのある方

※乳房のしこりが気になる方、血性の乳頭分泌のある方は専門医受診をおすすめします。