

令和6年度 甲府市乳がん検診受診票 コピー可

検診日 月 日 () 受付時間 時 分 **時間厳守**
 会場 医師会健診・検査センター / 厚生連 / 事業団 / () 公民館 / 健康支援センター
 アネシス / JCHO 山梨病院 / 甲府共立病院 / ひろクリニック / おおくにクリニック

- この検診の受診にあたり、不正が見られた場合は検診等の費用について請求されることがあります。(実施期間内に1回のみ受診ができます。受診日に甲府市に住民票がないと受診できません。)
 - 保健指導等を実施するにあたり必要があるときは、受診票ならびに結果について必要な範囲で関係者に提示することがあります。(検診に関する情報は目的外に使用することはありません。甲府市個人情報保護条例に基づき適正に取り扱います。)
 - マンモグラフィ検査を行う場合、乳房を圧迫することで痛みを感じる場合があります。
- ※上記について同意した上で甲府市乳がん検診を受診します。

青い枠内をご記入ください。該当する項目にシ点をしてください(記入例:)

※ボールペン等で記入してください。(消せるボールペンで記入しないでください)

ふりがな 氏名	生年月日	大正	年	月	日	受付No.	検診日		
		昭和	(令和7年4月1日現在)	歳			年	月	日
住所	〒40 ー 甲府市					検査項目	チェック	整理番号	
						超音波			
電話番号						X線(マンモグラフィ)			

- ペースメーカー・除細動器の使用 はい いいえ
- 現在妊娠中・授乳中である はい いいえ
- 豊胸術または乳房形成術を受けたことがある はい いいえ

乳がん検診について

- 今までに乳がん検診を受けたことがありますか はい いいえ
- 「はい」と答えた方のみご記入ください 前回の受診 年 月頃
 検査の方法: マンモグラフィ検査 超音波検査 視触診検査
 検査結果: 異常なし 経過観察 要精検⇒ 受けた(精密検査結果:)
 受けていない

既往歴について

		治ゆ	治療中	経過観察中	中断	放置
1 乳腺について何か言われた事・病気等がありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	乳がん(疑い除く)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	線維腺腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 「はい」の場合、右の既往歴がありますか (その他)	乳腺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	その他	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自覚症状について(必ず自己触診を行い、ご記入ください。)

- 乳房にしこりや乳頭からの分泌物など気になることがありますか はい(右・左) いいえ
- 「はい」と答えた方のみご記入ください
 どのような症状ですか しこり 痛み 乳頭分泌 張り その他()

両親・兄弟姉妹(血縁者)で何らかのがんにかかった人はいますか はい(続柄: 疾患名:) いいえ

地域保健課 ☎ 237-2505