

日本語の検診記録票への記載の際にご活用ください。

样式第 4 号（1）

(医疗机构留存用)

宇都宮市 乳腺癌筛查记录票

・请用楷书工整填写。

・本表为复写纸，请用力书写。

费用区分	1	一般	2	免除	筛查日	年	月	日
受诊券号码					2			

地址

宇都宮市

电话号码

()

姓名

片假名注音

3昭和4平成

年 月 日生

岁

就诊史
(请在了解的范围
内填写)

(1) 本次为首次接受筛查
(2) 以前接受过筛查 上次筛查是在(年左右)(视触诊・乳腺X线摄影・乳腺声检查)
筛查结果为(无异常 需要精密检查→结果)

乳腺癌家族史

亲生母亲、姐妹等直系或旁系血亲中，是否有患过乳腺癌的人？
(1)没有 (2)有(祖母 母亲 姐妹 女儿 伯母、婶婶、姨妈 侄女、外甥女)

月经情况

・初经年龄(岁)
・月经(1) 无：已绝经(岁)
(2) 有：规律 不规律 上次月经时间为(月 日～ 月 日)

妊娠史

(1) 没有 (2) 有(分娩 次)(顺产 次・难产 次)
・目前是否怀孕，或者有怀孕的可能性？
(1) 未怀孕 ・ 无怀孕可能性
(2) 有怀孕可能性 ・ 或正在怀孕中

哺乳史

(1)没有 (2)有 (3)正在哺乳中

既往病史及其他

乳房疾病 (1) 没有 (2) 有： 在()岁时 病名() (右 左)
是否手术治疗(没有 有)
其他疾病 (1) 没有 (2) 有： 在()岁时 病名()
・是否佩戴心脏起搏器？ 否 有
・是否做过丰胸手术？ 否 是
・是否在乳腺癌术后进行了乳房再造？ 否 是

当前乳房状态

目前是否有以下症状？(1)没有 (2)有→请具体填写下表。

肿块	(右 左 双侧) (自 年 月左右起)
乳头溢液	(右 左 双侧) 颜色为(血色 白色 透明) (自 年 月左右起)
其他	(右 左 双侧) 症状描述() (自 年 月左右起)

〈视触诊〉※仅在异常发现时填写

	右	左
乳房		
乳头	糜烂 变形 异常溢液(乳汁 水样 黄色 褐色 血色)	糜烂 变形 异常溢液(乳汁 水样 黄色 褐色 血色)
淋巴结	腋窝 锁骨上窝	腋窝 锁骨上窝
备注事项		

＜判定级别＞

1	无异常		实施检查机构名称及医生姓名	
2	无需精密检查	(理由)		
3	需精密检查	(推荐医疗机构名称)		