36 問

乳がん検診受診票（超音波）

ナンバリング 受付（受診）番号 手書き

[ご記入に際して]・黒のボールペンを使用してください。

受診日　年　月　日　14 □ 交互

＊氏名には必ずフリガナもご記入ください。

住所	〒　－	裏面の個人情報の取扱いに同意の上、受診します。	91 □ はい　92 □ いいえ
氏名 フリガナ	姓	名	
氏名 漢字			
生年月日	□ 大　□ 昭　□ 平　年　月　日	年齢	歳
電話番号	－　－		
コード番号		保険者	135 □ 国保　136 □ 社保　137 □ 共済組合　138 □ その他
乳がん検診受診歴	15 □ 初めて（4年以上前）　16 □ 1年前　17 □ 2年前　18 □ 3年前		
乳がん精検受診歴	19 □ なし　20 □ 1年前　21 □ 2年前　22 □ 3年以上前		

問診事項

（※1～8について、該当する□に"レ"を付け、カッコ内はご記入ください）　（集検許可　あり・なし）

1 次の該当がありますか　110 □ 妊娠中（　週目）

2 ①～③の該当がありますか　101 □ なし　102 □ あり ➡
① ペースメーカー・植え込み型心電計
② 胸部にシャントチューブやポート
③ 豊胸術・乳房再建術（右・左）裏面※④参照

3 自覚症状がありますか
23 □ なし　□ あり
24 □ 乳頭分泌がある（右・左）➡ 色は 29 □ 血性（黒・赤・茶色）※該当する色に○をする　30 □ 透明　31 □ 黄色　32 □ その他（白色等）
25 □ しこりを触れる（右・左）
26 □ 痛みがある（右・左）

4 乳房の病気をしたことがありますか
27 □ なし　28 □ ある　90（病名：　）　89（　）歳（右・左・不明）

5 胸部に傷跡（手術・切開）がありますか
□ なし　111 □ ある　113（病名：　）　112（　）歳（右・左・不明）

6 血縁者で乳がん・卵巣がんと診断された人はいますか
114 □ なし　□ 乳がん 115 □ 母 116 □ 祖母 117 □ 姉妹 118 □ 伯(叔)母 119 □ その他 120（　）
本人含めて3人以上いる　121 □ はい　122 □ いいえ
40歳未満で発症した人がいる　123 □ はい　124 □ いいえ
□ 卵巣がん 125 □ 本人 126 □ 母 127 □ 祖母 128 □ 姉妹 129 □ 伯(叔)母 130 □ その他 131（　）

7 生理はありますか　35 □ なし（閉経）　36 □ あり

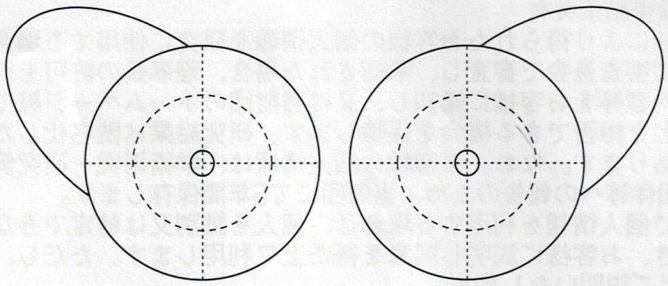
8 現在授乳中ですか　□ いいえ　38 □ はい

以下の欄は記入しないでください（医師記入欄）

超音波所見（読影医師　　検診技師　　）

右

51 □ 腫瘤
52 □ のう胞
53 □ のう胞内腫瘍
54 □ 非腫瘤性病変
55 □ 乳管内病変（拡張・腫瘤）
56 □ ×その他（　）



左

62 □ 腫瘤
63 □ のう胞
64 □ のう胞内腫瘍
65 □ 非腫瘤性病変
66 □ 乳管内病変（拡張・腫瘤）
67 □ ×その他（　）

カテゴリー（右）
57 □1　58 □2　59 □3　60 □4　61 □5

カテゴリー（左）
68 □1　69 □2　70 □3　71 □4　72 □5

超音波判定	82 □ 精検不要　83 □ 要精密検査	指示	74 □ 自覚症状有精検	75 □ 遺伝外来	76 □ 至急精検
U S 番号		ナンバリング			

標準字体《良い例》 縦線1本　すきまを開ける　上につきぬける　角をつくる　閉じる
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

（地域用）公益財団法人ちば県民保健予防財団