マンモグラフィ検査　問診票、説明・同意書

年　　月　　日

氏名（ふりがな）	（　　）
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日生（　　）歳
自覚症状	しこり　：無 ・ 有（右 ・ 左）（いつ頃から　　）
	痛　み　：無 ・ 有（右 ・ 左）（いつ頃から　　）
	異常分泌　：無 ・ 有（右 ・ 左）（いつ頃から　　）
	乳頭変形　：無 ・ 有（右 ・ 左）（いつ頃から　　）
	その他　：（　　）
既往歴など	乳房の病気　：無 ・ 有（病名：　　歳頃）
	妊　娠　：無 ・ 有（　　回）
	出　産　：無 ・ 有（　　回）
	授　乳　：無 ・ 有（以前 ・現在 ・両方）
	月　経　：無 ・ 有（最終月経　　月　　日～）
家族歴	家族や血縁者の中で、乳がんにかかった方はいますか？
	無 ・ 有（続柄：　　）
禁忌事項	豊胸手術　無 ・ 有（　　年頃）
	その他埋込型医療機器　無 ・ 有
	ペースメーカー　無 ・ 有
	妊娠の可能性　無 ・ 有
検査歴	マンモグラフィ：　無 ・ 有（最終　　年　　月頃）
	乳腺エコー　：　無 ・ 有（最終　　年　　月頃）

☆箕面市・池田市乳がん検診を受けられる方へ☆ 当院では希望者に次回検査のお知らせを郵送させて頂いています。 次回検査のお知らせを希望されますか？	次回検査のお知らせを □希望します □希望しません

☆マンモグラフィ検査とは☆

マンモグラフィ検査は乳房に発生するがんを早期に発見するために行われるレントゲン検査です。上半身を脱衣していただき、技師の指示に従って乳房をマンモグラフィ撮影装置の圧迫板で均等に引き伸ばした状態で撮影します。撮影時には乳房の痛みを伴うこともありますが、よい写真をとるためには御本人の協力のもと乳房をなるべく均等に圧迫して撮影する必要があります。乳房の大きさや硬さにより撮影時の痛みには個人差がありますが、一般的に月経開始1週間くらいに受けると痛みは少ないとされています。また制汗剤など（とくにラメの入ったもの）は撮影に影響がでるため拭き取って頂くようお願いすることもあります。

☆マンモグラフィ検査を受けられない場合があります☆

放射線を乳房にのみ照射するため被曝量は他の検査と比べてかなり少なく、 通常1年間に受ける自然放射線量の1/6～1/8程度と言われています。しかし妊娠中は胎児への影響が出る可能性がありますので、妊娠の可能性のある方は必ず申告して下さい。

ペースメーカー手術や豊胸手術を受けている場合は撮影によってペースメーカー装置や豊胸バックなどを破損する恐れがあるため、マンモグラフィ検査を行えませんので必ず申告して下さい。

上記内容を理解し、所定の手順にしたがってマンモグラフィ検査を受けることを希望します。

令和　　年　　月　　日　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿