

マンモグラフィ検査申込相談票

次の質問に○、または必要事項を御記入ください。

長野市に住民票がある	はい	いいえ
生年月日をご記入ください	年	月 日
医療機関で視触診・超音波検査を受診済ではない。かつ受診予定ではない	はい	いいえ
昨年4月～今年3月の間に、マンモグラフィ検査を受けていない	はい	いいえ
自力で10分程度立っていることができるか	はい	いいえ
乳房にしこり、または分泌物などの自覚症状がない	はい	いいえ
妊娠中又は妊娠の可能性（不妊治療中を含みます）はない	はい	いいえ
授乳中または断乳後1年未満ではない	はい	いいえ
出産後1年未満ではない	はい	いいえ
脳、心臓のペースメーカー、V-Pシャントは入っていない	はい	いいえ
豊胸術などでシリコンなど乳房内に人工物は入っていない	はい	いいえ
乳房の病気で治療中、経過観察中ではない	はい	いいえ
乳がんの治療、手術のご経験はございますか？ ある場合、次の●の質問にもお答えください。	ある	ない
●乳がんは片側か	はい	いいえ
●手術は全摘出か	はい	いいえ
●手術後10年以上たっているか	はい	いいえ
●治療や経過観察は終了しているか	はい	いいえ
ご希望の会場、日程をご記入ください	月 日 ()	保健センター
ご希望の受付時間に○をつけてください	9時～9時30分	9時30分～10時 10時～10時30分 10時30分～11時 11時～11時30分 13時～13時30分 13時30分～14時 14時～14時30分 14時30分～15時
お名前をフルネームでご記入ください（カナ記入）		
FAX番号かメールアドレス等、連絡先をご記入ください		
住所をご記入ください（番地、アパート名まで）		

お伺いした以外で、当日体調が悪い方、皮膚や乳房に外傷があり圧迫できないなど危険、撮影不可能と判断された場合は受診できませんのでご了承ください。