

～検診申込用紙(39歳以下の方)～

※以下の欄にご記入ください

氏名 (ふりがな)					
住所 (ふりがな)					
〒 -					
電話番号 ※日中連絡のとれる電話番号をご記入ください			生年月日 (年齢)		
() -			大・昭・平 年 月 日 (歳)		
希望時間 (第1希望を◎、第2希望を○で囲んでください)					
10:00～10:30	10:30～11:00	11:00～11:30	11:30～12:00	12:30～13:00	13:00～13:30
13:30～14:00					
下記の質問項目にあてはまる答えの□の中に/(斜線)をマークしてください。記入例 <input checked="" type="checkbox"/>					
1. 検診や人間ドック、医療機関等で乳がん検診を受けたことはありますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
2. 乳房にしこりや痛み、乳頭異常分泌等の自覚症状がありますか。			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
3. ペースメーカーや除細動器を使用されていますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
3. 豊胸術または乳房形成術をされていますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
4. 脳圧亢進でシャント手術をされていますか？ (※頭部から腹部へかけてチューブが入っている方)			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
5. CVポート(カテーテル)が入っていますか？ (※鎖骨下の血管から胸部の皮下に埋め込んでいる方)			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
6. 妊娠中・妊娠の可能性ある、または授乳中ですか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
7. 乳腺疾患で治療中または経過観察中ですか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
8. 圧迫による悪影響が疑われる体内インプラントをされていますか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
9. 1年未満に手術をしたことがありましたか？			はい <input type="checkbox"/>	いいえ <input type="checkbox"/>	
備考欄 (質問等がございましたらご記入ください)					

乳腺エコー（超音波）検査は39歳以下、マンモグラフィ（乳房X線）検査は40歳以上の方を対象に行います。

<注意事項>

※今回の乳がん検診は、初めて乳がん検診を受ける方を対象とした体験版の乳がん検診です。

乳がん検診を受けたことがある方は、お住まいの市町村などで定期的に乳がん検診をお受けください。

また、自覚症状がある方は、検診ではなく専門医療機関での受診をお願いいたします。

～ この個人情報は、ピンクリボンフェスタ以外の目的には使用いたしません。～