

～検診申込用紙(40歳以上の方)～

※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	
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。

※生理中の方はマンモグラフィ検査の際、痛みが増す可能性があります。

～ 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。～