

Yamanashi PINK RIBBON TOMORROW

～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

() - 大・昭・平 年 月 日 (歳)

ご希望の受診日・会場いずれかに○を付けてください。

3／7（土）富士吉田会場(富士急ターミナルビルQ-STA)	3／8（日）甲府会場(山梨県厚生連健康管理センター)
3／27（金）甲府会場(山梨県厚生連健康管理センター)	3／29（日）北杜会場(アルソア女神の森シンフォニアガーデン)

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□例

- | | |
|---|--|
| 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"/> |
| 4. 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"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. 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"/> |
| 7. 妊娠中・妊娠の可能性がある、または授乳中ですか？ | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 8. 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"/> |
| 9. 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"/> |
| 10. 1年以内に上半身部位の手術をされましたか？ | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |

(具体的な部位・内容 :

)

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＞

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。