

～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)
ご希望の受診日・会場いずれかに○を付けてください。	
3 / 8 (土) 富士吉田会場(富士急ターミナルビルQ-STA)	3 / 9 (日) 甲府会場(山梨県厚生連健康管理センター)
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"/>
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？ (具体的な部位・内容：)	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>

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、ピンクリボントゥモロー以外の目的には使用いたしません。～