

Questionário e Consentimento do Exame de Câncer de Mama ・ 乳がん検診票兼同意書

※Requisito o exame de cancer de mama, consciente do custo do exame, caso não corresponder aos critérios e manuseio dos dados pessoais, após a leitura do “sobre o exame de câncer de mama realizado pela cidade” em anexo. 別紙「市町が実施する乳がん検診の注意事項について」を読み、個人情報の取り扱いや受診資格に該当しなかった場合の検診費用の自己負担について同意したうえで、乳がん検診を申し込みます。

Leitura do nome em katakana フリガナ		Nome do estabelecimento médico/医療機関名	Data do exame 検診日
Nome 氏名		一次検診機関名Ano/年Mês/月 Dia/日
Endereço 住所	〒 _____ (TEL: _____)	Nascida emAno/年Mês/月 Dia/日生 (満.....Anos completos/歳)	費用徴収区分 (医療機関が記入) 1.自己負担金徴収者 2.免除世帯 3.無料クーポン 4.その他 ()
Altura/身長 _____ cm		Peso/体重 _____ kg	
Não correspondem ao exame 対象除外者	Fiz o exame de câncer de mama da prefeitura no ano letivo anterior ou neste ano letivo. 前年度・今年度に市町の乳がん検診を受診した。		SIM/はい NÃO/いいえ
	Estou grávida ou amamentando. Meu bebê já foi desmamado mas ainda tenho leite. 妊娠中あるいは授乳中である。卒乳後でまだ乳汁の分泌がある。		SIM/はい NÃO/いいえ
	Tenho caroços. しこりがある。		SIM/はい NÃO/いいえ
	Tenho secreções anormais, deformações ou retração no mamilo. 乳頭の変形やひきつれ、乳頭からの異常な分泌がある。		SIM/はい NÃO/いいえ
	Estou em tratamento médico ou observação relacionados à glândula mamária. 乳腺の疾患で医療機関において治療中あるいは経過観察中である。		SIM/はい NÃO/いいえ
	Fiz tratamento de câncer de mama nos últimos 10 anos. 乳がん治療後10年以内である。		SIM/はい NÃO/いいえ
	Fiz implante (inclui injeção de gordura e outros) ou reconstrução de mamas. 豊胸手術 (脂肪注入等も含む) ・乳房再建術をしている。		SIM/はい NÃO/いいえ
Uso marca-passo ou fiz a introdução de shunt ventrículo peritoneal (vp) (operação de hidrocefalia) ou porta implantável subcutânea. 心臓ペースメーカー、V-Pシャント (水頭症手術)、皮下埋込型ポートを挿入している。		SIM/はい NÃO/いいえ	
Caso corresponda à algum dos itens acima, não poderá participar do exame realizado pela cidade. Recomendamos que procure rapidamente algum estabelecimento médico quando apresentar caroços, secreções anormais, deformações ou retração no mamilo. 上記のいずれかが「はい」の場合は市町の検診は受けていただけません。「しこり」「乳頭からの異常な分泌」「乳頭の変形やひきつれ」がある人については、速やかに医療機関での受診をお勧めします。			
1- Já fez alguma vez o exame de câncer de mama? 乳がん検診を受けたことは Primeira vez/初回 ・ Não sei/不明 ・ Fiz anteriormente/過去に受けた (Ano passado/昨年受けた ・ 2 anos atrás/2年前 ・ 3 anos atrás/3年前 ・ Mais de 4 anos atrás/4年以上前) Resultado do exame anterior /過去の検診結果 : Sem problemas no exame anterior ・ Necessidade de exame minucioso no exame anterior (Ano _____) 前回は異常なし 過去に精密検査が必要と言われた (_____ 年頃) (Resultado/結果 _____) (Nome do estabelecimento médico/受診病院名 _____)			
2. Sobre a menstruação/月経について - Tenho menstruação/月経有 : Regular/規則的 ・ Irregular/不規則、Ciclo/周期 (_____ Dias/日)、 Menstruação recente/最近の月経 (_____ Mês/月 Dia/日~) Primeira menstruação/初潮 (満 _____ Anos completos/歳) - Não tenho menstruação/無月経 : Menopausa/閉経 (満 _____ Anos completos/歳)、 Em período de gestação/妊娠中 (_____ Meses/か月)、Em período de amamentação/授乳中			
3. Sobre Gestação, Parto e Amamentação/妊娠・出産・授乳について - Gestações/妊娠 (_____ Vezes/回)、Parto/出産 (_____ Vezes/回) - Idade no parto do 1º. filho/第1子出産年齢 (満 _____ Anos completos/歳) - Experiência de amamentação/授乳の経験 : Sim/有 (Leite materno/母乳 ・ Misturado/混合) Não ou Leite em pó/無 または 人工乳 - Amamentação neste último ano/過去1年以内の授乳 : Sim/有 (Nos últimos 6 meses/過去6か月以内に授乳 ・ Nos últimos 6~12 meses/過去6か月~1年以内に授乳) ・ Não/無			
4. Anteriormente já teve doenças relacionados à glândula mamária ou outros tipos de câncer? 以前、乳腺の病気をしたり、その他のがんになったことは Não/ない Sim/ある → A partir de _____ Ano/年 _____ Mês/月頃から、Nome da doença/病名 (_____)、 Operação/cirurgia : Não/無 ・ Sim/有 A partir de _____ Ano/年 _____ Mês/月頃から、Nome da doença/病名 (_____)、 Operação/cirurgia : Não/無 ・ Sim/有			
5. Já fez terapia hormonal? いままで、ホルモン療法は Não/ない ・ Sim/ある (Tipo/種類 _____ 満 _____ Anos completos/歳)			
6. Tem familiares com ligação sanguínea que tiveram as seguintes doenças? 血縁者で、乳がん、乳腺症、卵巣がん等他臓器がんは Câncer de mama/乳がん、Mastopatia/乳腺症、Câncer no ovário/卵巣がん、Outros tipos de câncer/他臓器がん? (Ex: “Irmã mais velha: câncer de mama” entre outros 例 : 姉-乳がんなど) Não/ない ・ Sim/ある (_____)			
7. Sobre o auto-exame/自己触診について Estou praticando/実施している (Frequência/頻度 : Por mês/月 _____ Vezes/回) Não estou praticando/実施していない (Tenho conhecimento/自己触診法を知っている ・ Não conheço/知らない)			