

乳がん検診票兼同意書

Questionario para el Examen del Cáncer de Mama y Formulario de Consentimiento

※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。2部複写になっていますので、折らずに下記の太枠内をボールペンで強く記入してください。/

Leer el "Acerca de los Asuntos Importantes del Examen del Cáncer de Mama que realiza la ciudad de la municipalidad", de igual manera, sobre la Manipulación de las Informaciones Personales y sobre el consentimiento que mi persona otorga con lo relacionado al pago total del costo del Examen Médico en el caso de no cumplir con los requisitos para realizar el examen indicado.(hoja adjunta)

氏名 Nombre		医療機関名	一次検診機関名	検査日	年 月 日
住所 Dirección	〒 (Número de teléfono: _____)	生年月日/Fecha de nacimiento 昭 年/año 月/mes 日/día		1. Pagar por cuenta propia. 2. Familia que recibe ayuda de asistencia social. 3. Cupón gratuito 4. Otros( )	
身長/altura		cm	体重/peso		kg

対象除外者 La persona que no es apto	前年度・今年度に市町の乳がん検診を受診した/Ha realizado el examen de Cáncer de Mama que realiza la ciudad este el año pasado u este año.	はい/Si	いいえ/No
	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/Esta embarazada o esta dando de lactar, le está saliendo un poco de secreción porque ha dejado de dar de lactar.	はい/Si	いいえ/No
	しこりがある/ Tener bolita o bulto.	はい/Si	いいえ/No
	乳頭の変形やひきつれ、乳頭からの異常な分泌がある/Tener deformación, calambre en las glándulas mamarias y le sale secreción anormal del pezón.	はい/Si	いいえ/No
	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/Estar en tratamiento, en observación en una institución médica de alguna enfermedad en las glandulas mamarias	はい/Si	いいえ/No
	乳がん治療後10年以内である/En menos de 10 años se ha realizado un tratamiento del Cáncer de Mama.	はい/Si	いいえ/No
	豊胸手術（脂肪注入等も含む）、乳房再建術をしている/Ha realizado la reconstrucción mamaria como el implante para aumentar las mamas (incluido el lipofilling también llamado injerto de grasa, etc.).	はい/Si	いいえ/No
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/Tener implante de marcapaso cardíaco, Derivación V-P (cirugía de hidrocefalia), tener insertado la interrupción subcutánea tipo puerta.	はい/Si	いいえ/No	

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」「乳頭から異常な分泌」「乳頭の変型やひきつれ」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。  
 En el caso de que, en algunas de las preguntas mencionadas en la parte de arriba, la respuesta sea [SI] no podrá realizar el examen utilizando el sistema de la municipalidad.  
 La persona que tiene bolita o bulto, deformación o calambre en las glándulas mamarias y secreción anormal, le aconsejamos que realice una visita en la institución médica lo más rápido posible.

1. 乳がん検診を受けたことは/¿Alguna vez, se ha realizado el examen de Cáncer de Mama?

- 初回/Primera vez
- 過去に受けた/Ha realizado en el pasado (昨年受けた/ el año pasado, 2年前/Hace 2 años atrás 3年前/Hace 3 años atrás ・ 4年以上前/Hace más de 4 años atrás)
- 不明/Desconosco

---

- 過去の検査結果/Acerca del resultado en el pasado;
- 前回は異常なし/La última vez no tuve ninguna anomalía.
- 過去に精密検査が必要と言われた/  
En el pasado me dijeron que necesito de un examen minucioso ( 年頃/Edad )

(結果/Resultado \_\_\_\_\_ )

(受診病院名/Nombre de la institución médica que se realizó el exame \_\_\_\_\_ )

2. 月経について/ Acerca de su menstruación.

月経有/Tengo menstruación: 規則的/Regular ・ 不規則/ Irregular, 周期/Ciclo menstrual( 日/días )

最近の月経/Última menstruación ( )月/Mes ( )日/Día

初潮/(1ª Menstruación) con ( 満 )才/ Edad cumplida

無月経 /No tengo menstruación: 閉経/Menopausia ( 満 )才/Edad cumplida

妊娠中/Estoy embarazada ( )か月/meses

授乳中/Estoy amamantando.

3. 妊娠 ・ 出産 ・ 授乳について/Sobre su embarazo ・ parto ・ amamantamiento

妊娠/Embarazo ( )回/vez(es), 出産/Parto ( )回/Vec(es)

第1子出産年齢/Su edad cuando tuvo a su 1er.hijo(a) ( 満 )Edad cumplida.

授乳の経験/Experiencia de amamantamiento: 有/Si tengo (母乳/Leche materna ・ 混合/Ambos)

授乳の経験/ Experiencia de amamantamiento: 無または人工乳/ No tengo experiencia, o haber dado leche de formula

過去1年以内の授乳/Acerca de la lactancia dentro del ultimo año :

- 有/Si he dado de lactar ( 過去6か月以内に授乳/Dar de lactar dentro de los últimos 6 meses  
 ・ 過去6か月～1年以内に授乳/Dar de lactar dentro los últimos 6 meses a 1 año )
- 無/No he dado de lactar

4. 以前、乳腺の病気をしたり、その他のがんになったことは

¿Anteriormente ha tenido alguna enfermedad en las glándulas mamarias o ha tenido otro tipo de cancer ?

ない/No tuve ・ ある/Si tuve→ desde 年/Año 月頃/Mes

病名/Nombre de la enfermedad ( )手術/Cirugía: 無/ No ・ 有/Si

5. いままで、ホルモン療法は/¿Alguna vez se ha realizado algun tratamiento con hormonas?

ない/No ・ ある/Si → [種類/Que tipo con ( 満 )才/Edad cumplida]

6. 血縁者で乳がん、乳腺症、卵巣がん等他臓器がんは/

¿Algún familiar de conexión sanguínea ha tenido cáncer de mama, mastopatía, cáncer de ovario u otro tipo de cáncer ?

例 姉-乳がんなど/Ejemplo (en el caso de que sea "Si"), escribir; mi hermana tuvo cáncer de mama, etc.)

ない/No

ある/Si ( \_\_\_\_\_ )

7. 自己触診について/Sobre el examen de auto-palpación.

実施している/He realizado (頻度/con qué frecuencia ( )月/Mes( )回/Vec(es)

実施していない/No me he realizado (自己触診法を/Acerca de la auto-palpación  
 知っている/Si lo sé ・ 知らない/No lo sé)