

Mammography Screening

Korean

유방암 검사

What is the REASON you are having a breast imaging exam?

무슨 이유로 유방암검사를 하십니까?
(please select one) 한가지를 선택하십시오.

- This is a routine (screening) exam. I am not having breast problems.
정기검진입니다. 유방에 문제가 없습니다.
- I am having breast problems (유방에 문제가 있습니다): _____
- This is additional exam requested from a recent study.
이 검사는 최근의 검사에 의해서 요청된 추가검사입니다.
- This is a short interval follow-up request from my last exam (1-11 months ago).
지난번 검사(1-11 개월 전에) 이후 요청받은 단기후속검사입니다.
- I have breast implants, but I am not having any problems.
유방삽입물이 있지만 아무런 문제가 없습니다.
- This is a review of an outside study (외부에서 한 검사를 재검토하기 위함).
- I am going to have breast reduction (유방축소술을 할 것입니다).
- I am going to have radiation therapy (방사선 치료를 받을 것입니다).
- This is an additional exam requested from my current screening exam.
현재의 검사에 의해서 요청된 추가검사입니다.
- I have a history of benign breast disease (양성 유방종양 병력이 있습니다).
- I have a personal history of breast cancer with breast conservation therapy.
유방보존술을 받은 유방암 병력이 있습니다.

Check all of the following RISK FACTORS that are true for you:

환자분께 적용되는 모든 위험인자에 표시하십시오:

- No one in my family has had breast cancer.
가족들중에 아무도 유방암을 앓았던 사람은 없습니다.
- My aunt, grandmother, or cousin had breast cancer.
고모, 이모, 할머니, 아니면 사촌이 유방암을 앓았습니다.
- My mother or sister had breast cancer after their periods stopped.
모친 또는 여자형제가 폐경 이후 유방암을 앓았습니다.
- My mother or sister had breast cancer while they were still having their periods.
모친 또는 여자형제가 아직 월경이 있는 중에 유방암을 앓았습니다.
- I do not know my family breast cancer history.
가족내의 유방암병력을 모릅니다.
- I have had breast cancer. 유방암을 앓았습니다.
- I have had endometrial cancer. 자궁내막암을 앓았습니다.
- I have had a previous breast biopsy that showed a high risk lesion.
위험도가 높은 병변이 보였던 유방생검을 받았었습니다.

Previous Mammograms (이전의 유방암 검사)?

Yes(예) No(아니오)

When (언제) _____

Where (어디서) _____

Do you have Implants (보형물이 있습니까)?

(If yes, circle L for Left or R for Right)

(있을 경우에 왼쪽이면 L 에 오른쪽이면 R 에
동그라미 표시)

- L R I don't know the specific type
명확한 종류를 모릅니다.
- L R Silicone gel implant. 실리콘젤 삽입
- L R Saline implant 식염수 삽입
- L R Combination implant 복합물 삽입
- L R Pre-pectoral implant 전흉근 주입
- L R Retro-pectoral implant 흉근 후위 주입

Previous PROCEDURES 이전에 수술?

Yes(예) No(아니오)

(Circle L for Left or R for Right 왼쪽이면 L 에
오른쪽이면 R 에 동그라미 표시)

- L R Cyst aspiration 낭종흡입
- L R Needle biopsy 주사기 생검
- L R Excisional biopsy 조직절제 생검
- L R Lumpectomy for cancer 유방암제거술
- L R Mastectomy 유방절제술
- L R Radiation therapy 방사선 치료
- L R Breast reduction 가슴축소술
- L R Implant removed 삽입물 제거술

Have you ever received chemotherapy for any type of cancer? 다른 종류의 암 때문에 화학요법을 받은 적이 있습니까?

Yes (예) No(아니오)

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine Health System

Harborview Medical Center – UW Medical Center
Northwest Hospital & Medical Center – University of Washington Physicians
Seattle, Washington

MAMMOGRAPHY SCREENING

PAGE 1 OF 2

U3047

U3047

WHITE - MEDICAL RECORD

UH3047 REV APR 11

- I have been through menopause. 폐경기를 거쳤습니다.
- I have never had children. 아이를 낳은 적이 없습니다.
- I had my first child after age 30. 30 살 이후에 첫 아이를 낳았습니다.

If you ever used any of the following Hormones, please enter: 만일 다음과 같은 호르몬을 사용한 적이 있으면 기록하십시오.

	Age First Used 처음 사용한 나이	Duration of Use 사용기간	Age at Last Use 마지막 사용한 나이	Currently Using 현재 사용
Hormonal Contraceptives(호르몬피임제)	_____	_____	_____	Yes 예 <input type="checkbox"/> No.아니오 <input type="checkbox"/>
Estrogen 에스트로젠	_____	_____	_____	Yes 예 <input type="checkbox"/> No.아니오 <input type="checkbox"/>
Progesterone 프로제스터론	_____	_____	_____	Yes 예 <input type="checkbox"/> No.아니오 <input type="checkbox"/>
Tamoxifen 타막시펜	_____	_____	_____	Yes 예 <input type="checkbox"/> No.아니오 <input type="checkbox"/>

기타: _____

Enter your Menstrual History

(월경력을 기입하십시오):

Age when periods started:

초경을 한 나이: _____

Age at first full term pregnancy:

첫번 임신 만기 때의 나이 _____

Age at natural menopause:

자연폐경 때의 나이 _____

Age at hysterectomy:

자궁절제했을 때의 나이 _____

Age at right ovary removal:

오른쪽 난소 제거했을 때의 나이 _____

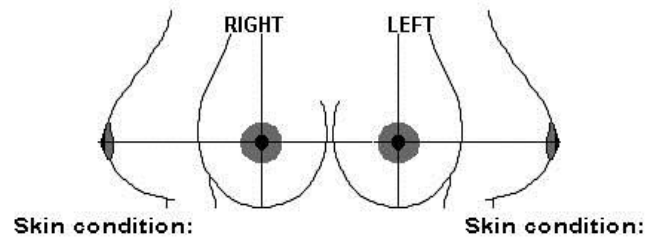
Age at left ovary removal:

왼쪽 난소 제거했을 때의 나이 _____

Number of lives births:

생존출산의 횟수: _____

PATIENT SIGNATURE(환자서명)	DATE(날짜)	TIME(시간)
TECHNOLOGIST SIGNATURE(기사 서명)	DATE(날짜)	TIME(시간)



Technologists Notes(기사 노트):

Equipment cleaned and disinfected

기구소제와 소독 Yes 예 No 아니오

PROVIDER SIGNATURE	PRINT NAME	PAGER	NPI	DATE	TIME
--------------------	------------	-------	-----	------	------

PT.NO

NAME

DOB

UW Medicine
Harborview Medical Center – UW Medical Center
University of Washington Physicians
Seattle, Washington

TITLE OF FORM FOR ORCA MAPPING
PAGE 2 OF 2

U3047

U3047

WHITE - MEDICAL RECORD