

Mammography Screening

乳房X線撮影スクリーニング

Japanese

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

乳房画像検査を受ける理由は何ですか？

(please select one 該当する理由を選んで下さい)

- This is a routine (screening) exam. I am not having breast problems.
定期的な(スクリーニング)検査。乳房の問題は現在ない。
- I am having breast problems 乳房の問題が現在ある:

- This is additional exam requested from a recent study.
最近の研究から要請された追加検査
- This is a short interval follow-up request from my last exam (1-11 months ago).
前回(1-11ヶ月前に)受けた検査後の短期間の経過観察
- I have breast implants, but I am not having any problems.
乳房のインプラントをしているが、現在問題がない。
- This is a review of an outside study. 外部での研究の再評価
- I am going to have breast reduction. 乳房縮小する予定
- I am going to have radiation therapy. 放射線治療を受ける予定
- This is an additional exam requested from my current screening exam.
現在のスクリーニング検査から要請された追加検査
- I have a history of benign breast disease. 良性の乳房疾患歴がある
- I have a personal history of breast cancer with breast conservation therapy.
乳房温存療法を受けた乳がんの病歴がある

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

あなたに該当するリスク要因すべてに印をして下さい:

- No one in my family has had breast cancer
自分の家族に乳癌になった人はいない
- My aunt, grandmother, or cousin had breast cancer
自分の叔/伯母、祖母、または従姉妹で乳癌になった人がいる
- My mother or sister had breast cancer after their periods stopped
自分の母親または姉妹が閉経後に乳癌になった
- My mother or sister had breast cancer while they were still having their periods
自分の母親または姉妹が月経がまだある時期に乳癌になった
- I do not know my family breast cancer history
自分の家族の乳癌の病歴を知らない
- I have had breast cancer 自分は乳癌になったことがある
- I have had endometrial cancer 自分は子宮体癌になったことがある
- I have had a previous breast biopsy that showed a high risk lesion
以前の乳房生検でリスクの高い病変が見つかった
- I have been through menopause 閉経した
- I have never had children 子供を一度も持ったことがない

Previous Mammograms?

以前にマモグラムを受けたことがありますか？ Yes はい No いいえ

When いつ _____

Where どこで _____

Do you have Implants?

インプラントしていますか？

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

はいと答えた方は右Rか左Lか丸印して下さい)

左 右

- L R I don't know the specific type
具体的なタイプを知らない
- L R Silicone gel implant
シリコンジェルのインプラント
- L R Saline implant
生理食塩水のインプラント
- L R Combination implant
組み合わせのインプラント
- L R Pre-pectoral implant
胸筋前のインプラント
- L R Retro-pectoral implant
胸筋後方のインプラント

Previous PROCEDURES? 今までに手術や処置を受けたことがありますか？

Yes はい No いいえ

(Circle L for Left or R for Right

右Rか左Lかに丸印して下さい)

左 右

- L R Cyst aspiration 嚢胞吸引
- L R Needle biopsy 針生検
- L R Excisional biopsy 切除生検
- L R Lumpectomy for cancer
癌のための乳腺腫瘍摘出
- L R Mastectomy 乳房切除
- L R Radiation therapy 放射線治療
- L R Breast reduction 乳房縮小
- L R Implant removed
インプラント摘出

PLACE PATIENT LABEL HERE

UW Medicine

Harborview Medical Center – University of Washington Medical Center

UW Neighborhood Clinics – Valley Medical Center

University of Washington Physicians Seattle, Washington

MAMMOGRAPHY SCREENING - JA

Page 1 of 2



U3047

UH3047JA REV JAN 20

I had my first child after age 30
30歳を過ぎてから最初の子供をもった

Have you ever received chemotherapy for any type of cancer? 今までに何らかの癌のために化学治療を受けたことがありますか? Yes はい No いいえ

If you ever used any of the following Hormones, please enter
次に挙げるホルモン剤を今までに使ったことがある場合は記入して下さい:

	Age First Used 最初に使った年齢	Duration of Use 使った期間	Age at Last Use 最後に使った年齢	Currently Using 現在使っている はい いいえ
Hormonal Contraceptives ホルモン避妊薬	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Estrogen エストロゲン	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Progesterone 黄体ホルモン	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Tamoxifen タモキシフェン	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Other その他: _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Enter your Menstrual History

あなたの月経歴を記入して下さい:

Age when periods started
月経が始まった年齢: _____

Age at first full term pregnancy
最初の満期妊娠年齢: _____

Age at natural menopause
自然閉経年齢: _____

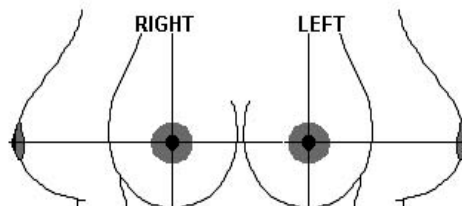
Age at hysterectomy
子宮摘出術を受けた時の年齢: _____

Age at right ovary removal
右の卵巣摘出した時の年齢: _____

Age at left ovary removal
左の卵巣摘出した時の年齢: _____

Number of live births
出生出産回数: _____

PATIENT SIGNATURE 患者署名	DATE 日付	TIME 時間
TECHNOLOGIST SIGNATURE 技術者署名	DATE 日付	TIME 時間



Skin condition:

Skin condition:

Technologists Notes:

Equipment cleaned and disinfected Yes No

Japanese Translation by UWMC Interpreter Services

PLACE PATIENT LABEL HERE

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

MAMMOGRAPHY SCREENING - JA

Page 2 of 2



U3047

UH3047JA REV JAN 20