

乳房攝影檢查告知同意書

檢查時間：_____年_____月_____日 上午 下午 _____時_____分

請攜帶健保 IC 卡及本同意書準時到放射線科櫃檯報到，檢查當日不需掛號。若無法準時受檢，請提早聯絡本科另外安排檢查時間。

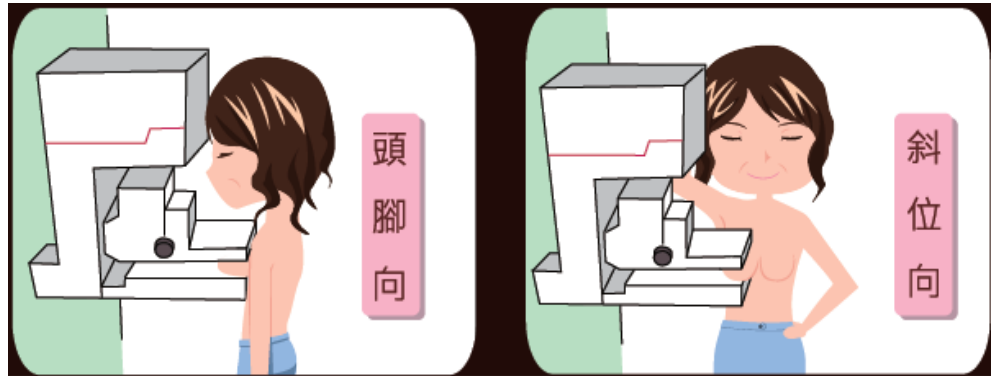
請注意：為提供每位受檢者最佳的醫療服務及品質，實際檢查時間依上一位受檢者狀況不同或有增減，如有延遲請您發揮同理心 耐心等待。謝謝！！

1. 身上勿塗抹乳液及擦香粉
2. 穿著兩截式服裝
3. 若您經前乳房容易脹痛不適請於月經後 14 天內執行此項檢查
4. ※為了您的安全，如有做過隆乳手術的受檢者請事先告知放射師，以避免有植入物滲漏的可能。

檢查過程說明：

本院放射線科乳房攝影是由國健局與中華民國放射線醫學會認證通過的專業女性放射師執行。

如右圖所示乳房攝影是從 2 個不同的角度進行照射，包括腋下淋巴組織也是檢查的範圍，必要時會加做放大影像。當乳房被壓平時，您會有相當程度的疼痛與不適，請務必忍耐並保持身體不晃動。



可能替代方案：

醫師安排檢查或治療前均經過慎重的決策，若對於醫療處置有任何疑問，請先與您的主治醫師充分討論醫療處置之決定。依病況不同因人而異。病人可按個人之風險承受程度及其他個人因素，你可以決定接受或不接受各建議之選項。

以上經過 _____ 醫師於 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分說明；

並已完全獲得受檢者或家屬了解 同意 不同意 接受檢查之施行治療。

※如果妳可能懷孕，請務必事先告訴醫護人員，以便我們為妳考量檢查之必要性及安全性。

本人(或家屬)對因診斷而必須接受此乳房攝影檢查之相關流程及風險業已充分瞭解；並且可保有此資料副本一份。本人同意由 貴院施行該項檢查。深信 貴院醫師及醫療人員必會善盡職責，以避免意外發生。若在執行檢查期間發生意外情況，願承擔後果並同意接受 貴院必要之急護處理。

受檢者或家屬： _____ (簽章)

見證人(受檢者家屬或本院醫護人員)： _____ (簽章) 與受檢者之關係

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日
醫療諮詢服務聯絡電話

新竹馬偕放射線科

電話：(03)6889595 轉 2236

姓名：男

病歷號碼：女

乳房攝影前基本資料

1. 有無得過下列疾病？

有： 乳房良性相關疾病； 乳癌； 其他癌症_____

無

2. 家族史：與您有血緣的家屬中，有無人得過乳癌？ 無

有（姑姑指父親的親姊妹，阿姨指母親的親姊妹）

血緣關係	母親	姊妹	女兒	祖母	外祖母	姑姑	阿姨
罹患乳癌人數							

3. 用藥史：是否服用荷爾蒙補充劑？ 否

是；_____歲開始，服用_____年

是否服用口服避孕藥？ 否

是；_____歲開始，服用_____年

4. 是否曾接受過隆乳手術？ 否。

是；材質為： 水袋 矽膠 小針美容

5. 最近二年內是否曾做過下列檢查（可複選）？

醫護人員觸診 乳房攝影檢查 乳房超音波檢查

以上皆未做過

乳房攝影觸診（醫事放射師填寫）

