



**METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER**

地域社会に奉仕する精神に基づいてメソジストリチャードソン病院婦人センターでは Dallas County 及び Susan G. Komen 協会 North Texas 支部からの補助金を用い、デジタルマモグラフィ（乳房X線撮影）による予防プロジェクトとして 乳がん早期発見検診を提供しております。

この検診の結果、相談又は経済的援助を必要とする女性は受診資格の確認のため資料を必要としますので質問には全部お答えください。終了した申請書はABHOP関係者宛下記の住所に郵送してください。

As part of the grant funded by the Dallas County and North Texas Affiliates of the Susan G. Komen for the Cure, and our commitment to serve the community, Methodist Richardson Medical Center, Center for Women's Health elects to provide financial assistance to individuals who are financially indigent or medically indigent and satisfy certain requirements.

To determine if a person qualifies for a free mammogram screening, we need to obtain certain information as outlined within this application. Please complete the application in full and return the completed form to the Registration Representative or mail completed form to the following address:

Methodist Richardson Medical Center  
403 W. Campbell Rd, Suite 205  
Richardson, TX 75080  
Attn: Center for Women's Health/Asian Grant

申請書審査の結果、受診資格者であればデジタルマモグラフィを無料で受けることが出来ますので受診日と時間をお知らせいたします。質問は (972) 498-8601 ご連絡ください。

Upon receipt, verification, and approval of this application, you will be notified of your appointment time. If you have questions, please call (972) 498-8601

英語で記入してください Please answer the following questions in English:

姓 Last Name \_\_\_\_\_ 名 First Name \_\_\_\_\_

国籍 Nationality \_\_\_\_\_ 家庭で主に使っている言語 Primary language spoken \_\_\_\_\_

家族の人数 Total number of people living in your household \_\_\_\_\_

家族の総収入 Total household income \_\_\_\_\_

1 週 per week       1 ヶ月 per month       年間 per year

永住権保持者ですか? Are you a permanent resident?       Yes       No

(ダラス、コリン、デントンカウンティの居住者であること (Must live in Dallas, Collin, or Denton County))

医療保険に加入していますか? Do you have Health Insurance?       Yes       No “はい” の場合は保健証の裏表のコピーを申請書と共に送ること If yes, please mail a copy of card (front and back) with this application form

メディケア/Part B に加入していますか? Do you have Medicare/Part B?       Yes       No

メディケイドに加入していますか? Do you have Medicaid?       Yes       No

**無料デジタルマモグラムを受けられる資格条件:**

1. ダラス、コリン、デントンカウンティの居住者であること。
2. アジア系の女性であること
3. 40 歳以上であること
4. 乳房に触ってみて、しこり、かたまり、こぶ等の異物を感じない。
5. 過去に乳ぶさに手術を受けた患者は下記の条件を満たしていること。

➤ (良性) 腫瘍 のバイオプシー (生体組織検査) 以来一年経過

➤ カルシノマ (がん腫) 摘出以来 2 年以上経過していること。手術後の治療と年毎の検診を終了していること。



**METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER**  
403 West Campbell Rd. Suite #205 Richardson, TX 75080  
Tel: (972) 498-8601 Fax: (972)498-8634

**P A T I E N T P R E - R E G I S T R A T I O N F O R M**

**Applicant's information (Complete in English)**

姓 LAST NAME \_\_\_\_\_ 名 FIRST NAME \_\_\_\_\_ 年齢 AGE \_\_\_\_\_  
生年月日 月\_\_\_\_\_/日\_\_\_\_\_/年\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
DATE OF BIRTH (MONTH/ DAY/ YEAR) 婚姻 MARITAL STATUS 出生地 BIRTHPLACE 人種 RACE  
現住所 HOME ADDRESS \_\_\_\_\_ アパート# APARTMENT NUMBER \_\_\_\_\_  
市 CITY \_\_\_\_\_ 州 STATE \_\_\_\_\_ 郵便番号 ZIP \_\_\_\_\_  
電話 HOMEPHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 携帯 CELLPHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 職場電話番号 WORKPHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
雇用主の名前 EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_  
住所 ADDRESS \_\_\_\_\_ 市 CITY \_\_\_\_\_ 州 STATE \_\_\_\_\_ 郵便番号 ZIP \_\_\_\_\_  
ソーシャルセキュリティ番号 SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_ 職種 OCCUPATION \_\_\_\_\_

**配偶者についての資料 Spouse Information**

名前 SPOUSE NAME \_\_\_\_\_ ソーシャルセキュリティ番号 SOCIAL SECURITY NUMBER \_\_\_\_\_  
生年月日 DATE OF BIRTH 月\_\_\_\_\_/日\_\_\_\_\_/年\_\_\_\_\_ 職種 OCCUPATION \_\_\_\_\_  
(MONTH/ DAY/ YEAR)  
雇用主 EMPLOYER'S NAME \_\_\_\_\_ 職場電話 WORKPHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
住所 ADDRESS \_\_\_\_\_  
緊急の場合の連絡先 IN CASE OF EMERGENCY NOTIFY \_\_\_\_\_ 関係 RELATIONSHIP \_\_\_\_\_  
住所 ADDRESS \_\_\_\_\_ 携帯 CELLPHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
主治医の名前 PRIMARY CARE PHYSICIAN \_\_\_\_\_ 電話 PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
住所 ADDRESS \_\_\_\_\_

検診の結果の報告先の電話番号 -そのうちの一人は英語で会話ができるひと Please list all persons and home numbers whom you would like us to share your results with. Please make sure at least one of them can speak English on your behalf.

配偶者 SPOUSE  子ども CHILDREN  その他の親族の名前 OTHER FAMILY MEMBER (BROTHER, SISTER, AUNT, UNCLE)  
 その他友人などの名前 OTHER (FRIEND) \_\_\_\_\_ 電話 PHONE (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Methodist Richardson Medical Centerが病院の検診の結果、私の収入を確認する目的で雇用主、並びに金融機関を通じて調査しても良いことを認めます。この申請書に偽りの情報を記入していた場合は受診資格を失うということを承知しています。

I understand Methodist Richardson Medical Center may verify the financial information contained in this application in connection with Hospital's evaluation of this application, and hereby authorize the hospital to contact my employer to certify the information provided and request reports from credit reporting agencies. I am aware that this information is used to determine my eligibility for financial assistance and that the hospital may contact these sources to update this information at any time. I am aware that the falsification of information on this Application will result in denial of financial assistance.

患者（又は責任者）の署名 Patient (or Responsible Party)

署名 Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER

403 WEST CAMPBELL RD  
SUITE 205  
RICHARDSON, TX  
(972) 498-8600

## MAMMOGRAPHY PATIENT QUESTIONNAIRE

マモグラフィ検診希望者への質問事項

All replies are confidential. Please circle YES or NO and answer ALL questions.

書き込みは全て秘密厳守です。質問には全部お答えください。

TODAY'S DATE: (今日の日付)

PATIENT IDENTIFIER NUMBER: (申請者の受理番号)

LAST NAME (姓)	FIRST NAME (名前)	DATE OF BIRTH (生年月日)	YOUR AGE (年齢)
ADDRESS: (Please list an address where mail will always reach you) CITY, STATE, ZIP (あなたの手元に郵便が必ず届く住所)			
PHONE: (Please list a number where the doctor can always reach you) 電話番号 (医者がいいつでも連絡できる)			
Home(住所の電話番号):	Cell(携帯):	Work(勤め先):	
PRIMARY REFERRING PHYSICIAN (紹介された主治医の名前):	PHONE (電話番号):	2 <sup>ND</sup> REFERRING PHYSICIAN (第2の主治医の名前):	PHONE (電話番号):

CIRCLE ONE (○印で囲む)

YES NO Have you had a mammogram or breast ultrasound before? (過去にマモグラフィ又は乳房超音波での検診をうけましたか?) If YES, when (approximate date)? (YESの場合いつ検診の年)  
Where and at which facility: (YESの場合検診を受けた所在地と病院名) Are your films still there? (その時の検査のフィルムはまだ同じ病院に保管されていますか?) YES NO  
Last breast exam by physician was (最後に乳房検診をした医師の名前は?)

YES NO Since your last mammogram, are there any new lumps in your breasts? (最後の検診以来以前になかったしこりがあるのに気がきましたか?) If YES when was it first noted: (YESの場合最初に気付いたのはいつごろでしたか?)  
If YES, in which breast: (YESならどちらの乳房ですか? 右 左 両方) RIGHT LEFT BOTH Is your physician aware of the lump(s)? (あなたの主治医に"しこり"の件を報告しましたか?) YES NO

YES NO Any discomfort, pain or soreness? しこりはうずくかまたは触ると痛みを感じますか? If YES, in which breasts: (YESならどちらの乳房ですか? 右 左 両方) RIGHT LEFT BOTH  
Is this a new problem? (これははじめて体験する痛みですか?) YES NO How long have you had this pain? (この痛みはどれ位続いていますか?)

YES NO Is either nipple retracted/ inverted? (乳首が収縮したり、ひっこんだりしていますか?) If YES, in which breast: (YESならどちらの乳房ですか? 右 左 両方) RIGHT LEFT BOTH  
Has it always been retracted? (乳首は常時収縮したり、ひっこんだりしていますか?) YES NO Any crusting sores at the nipples? (乳首にできもの(かさぶた)がありますか? どちらの乳首ですか? 右 左 両方) RIGHT LEFT BOTH

YES NO Any discharge from the nipples? (乳首からなにか液がでていませんか?) If YES, in which breast: (YESならどちらの乳房ですか? 右 左 両方) RIGHT LEFT BOTH  
Have you always had this discharge? (その様な液はいつもでていませんか? YESなら右、左、両方) Do you see it in your clothing? (衣服がぬれるほどですか?) YES NO  
Has the discharge ever been bloody? (液に血がまじっていることがありましたか?) YES NO

YES NO Have you had a breast cancer? (過去に乳がんにかかったことがありますか?) If YES, in which breast? (YESならどちらの乳房ですか? 右 左 両方) Right Left Both What year was CA diagnosed (乳がんだと診断されたのはいつごろでしたか?)  
Did you have Radiation? (放射線治療をうけましたか?) Mastectomy? (乳房切除の手術をうけましたか?) When did you complete treatment? (YESなら治療はいつ(何年)完了しましたか?)

YES NO Have you had previous breast surgery, biopsy or a needle aspiration? Approximate date (s) (過去に乳房の手術をしたときバイオプシ又は乳房に針を入れて吸い出す手術をされましたか? いつごろですか?):  
If YES, in which breast: (YESならどちらの乳房ですか? 右 左 両方) RIGHT LEFT BOTH What symptoms do you have? (現在どのような症状ですか?)

YES NO Do you have breast implants now or have you had any augmentations in the past? (乳房の形成または拡大のため、手術によってインプラントが挿入されていますか?) When? (手術はいつでしたか?)

YES NO Any family history of breast cancer? (家族のなかでだれか乳がんにかかりましたか?) Did it occur before menopause? (それは閉経前でしたか?) YES NO (or about what age? (大体の年齢)  
In which relatives? (家族関係) Mother (母親) Sister (姉妹) Daughter (娘) Other (その他)

YES NO Do you take female hormones? (女性ホルモン剤を服用していますか?) (Please circle) 丸で囲む Premarin, (プレマリン) Provera, (プロベラ) PremPro, (プレムプロ) Prometrium, (プロメトリウム), or birth-control pills? (避妊剤)  
If YES, for how long? (YESならどれくらいの期間服用していますか?) Recent increase (増) or decrease (減) (please circle) in the dosage? (近頃服用量を変えましたか? 丸で囲む)

YES NO Are you pregnant at this time? (現在 妊娠していますか?)

Number of Pregnancies? (妊娠は何回しましたか?) Did you breast feed any of your children for longer than one month? (生まれた子供に一月以上授乳しましたか?) YES NO  
At what age was your first pregnancy? (最初の妊娠は何歳でしたか?) Do you still have menstrual periods? (現在まだ生理がありますか?) YES NO If YES, when was your last one? (最近の生理はいつありましたか?)

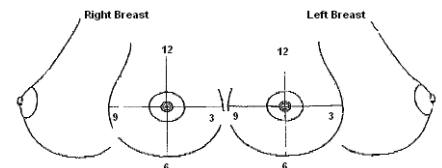
TECHNOLOGIST: \_\_\_\_\_

COMMENTS: \_\_\_\_\_

I AUTHORIZE THE RELEASE OF MY PREVIOUS MAMMOGRAM FILMS AND OTHER REPORTS (INCLUDING PATHOLOGY REPORTS)

私は過去の乳腺X線フィルム及び健康診断報告書をに転送されうことを許可いたします。

METHODIST RICHARDSON MEDICAL CENTER/ CENTER FOR WOMEN'S HEALTH.



SIGNATURE OF PATIENT OR PERSON AUTHORIZED TO CONSENT FOR PATIENT (患者又は保護者の署名) \_\_\_\_\_ DATE (日付) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_