

## 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 요청받은 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 단기차후검사입니다.
- I have breast implants, but I am not having any problems.  
유방 보형물 삽입을 했지만 아무런 문제가 없습니다.
- This is a review of an outside study (다른 데서 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.  
최근의 검사에 의해서 요청을 받은 추가검사입니다.
- I have a history of benign breast disease (양성유방종양 병력이 있습니다).
- I have a personal history of breast cancer with breast conservation therapy.  
유방보존 치료법을 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 폐경 이전에 유방암을 앓았습니다.
- I do not know my family breast cancer history.  
가족내의 유방암병력을 모릅니다.
- I have had breast cancer. 유방암을 앓았었습니다.

### Previous Mammograms (전에 유방암 검사)?

Yes(예)  No(아니오)

When (언제) \_\_\_\_\_

Where (어디서) \_\_\_\_\_

### Do you have Implants (보형물을 삽입했습니까)?

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

(있을 경우에 왼쪽이면 L 에 바른쪽이면 R 에 동그라미 표시)

- L R I don't know the specific type  
명확한 종류를 모릅니다.
- L R Silicone gel implant. 실리콘 주입
- L R Saline implant 식염수 주입
- L R Combination implant 복합물 주입
- L R Pre-pectoral implant 가슴근 외부 주입
- L R Retro-pectoral implant 가슴근 내부 주입

### Previous PROCEDURES 이전에 수술?

Yes(예)  No(아니오)

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

- L R Cyst aspiration 낭종흡입
- L R Needle biopsy 주사기 생검
- L R Excisional biopsy 조직 절제검사
- L R Lumpectomy for cancer 유방암제거술
- L R Mastectomy 유방절제술
- L R Radiation therapy 방사선 치료
- L R Breast reduction 가슴 축소술
- L R Implant removed 삽입 보형물 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

Place EPIC Label Within Box

### UW Medicine

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

### MAMMOGRAPHY SCREENING- KOREAN

PAGE 1 OF 2



\*U3047\*

WHITE - MEDICAL RECORD

- I have had endometrial cancer. 자궁내막암을 앓았었습니다.
- I have had a previous breast biopsy that showed a high risk lesion.  
위험도가 높은 병변이 보였던 유방생검을 받았었습니다.
- 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 사용한 기간	Age at Last Use 마지막 사용한 나이	Currently Using 현재 사용
Hormonal Contraceptives(피임제)				<input type="checkbox"/> Yes 예
Estrogen 에스트로젠	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes 예
Progesterone 프로제스터론	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes 예
Tamoxifen 타막시펜	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes 예
기타: _____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes 예

**Enter your Menstrual History**

(월경력을 기입하십시오):

Age when periods started:

초경을 한 나이: \_\_\_\_\_

Age at first full term pregnancy:

첫번 임신 만삭 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 \_\_\_\_\_

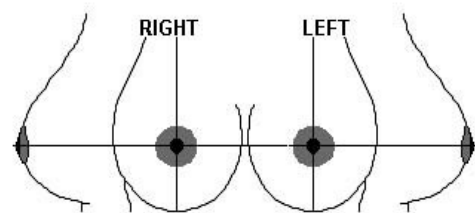
Age at left ovary removal:

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)



Skin condition: \_\_\_\_\_

Skin condition: \_\_\_\_\_

**Technologists Notes(기사 기록):**

Equipment cleaned and disinfected

기구소제와 소독  Yes 예  No 아니오

PT.NO.

NAME

Place EPIC Label Within Box

DOB

**UW Medicine**

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

**MAMMOGRAPHY SCREENING- KOREAN**

PAGE 2 OF 2



\*U3047\*

WHITE - MEDICAL RECORD