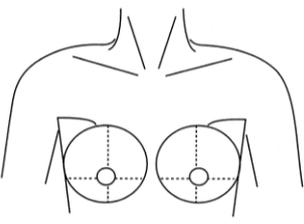
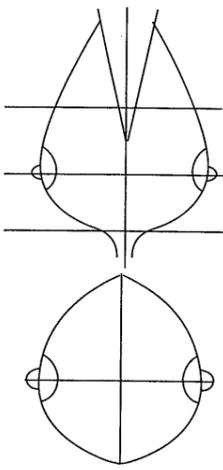
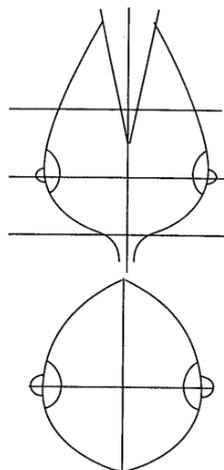


(様式1号)

〇〇〇市町村 乳がん検診受診票

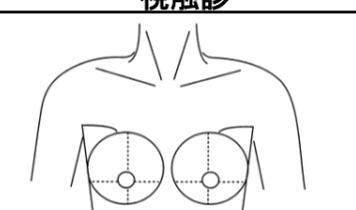
\* 視触診の欄が不要の場合は斜線を引いて使用すること

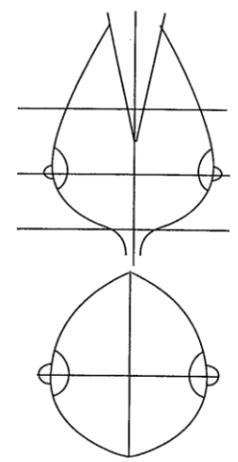
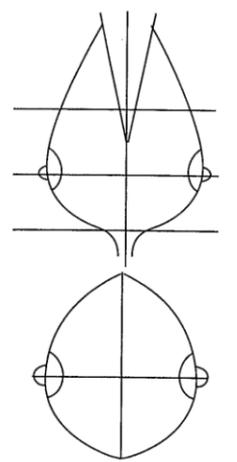
住所	〒 -	受診者番号	
氏名	フリガナ	検診日	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( ) 歳	検診場所	
乳癌検診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 検診歴あり( )回目 検診最終日(平成 年 月) <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上経過		
前回検診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精査 <精密検査結果: >		
乳房の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: ]		
乳房の手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: ]		
妊娠・出産等	<input type="checkbox"/> 現在妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 出産回数( )回 <input type="checkbox"/> 第1子を30歳以上で出産した <input type="checkbox"/> 授乳期間【 ヶ月間】 <input type="checkbox"/> 女性ホルモン補充療法の経験あり <input type="checkbox"/> 非妊経口薬の使用経験あり		
月経・嗜好	<input type="checkbox"/> 初潮は13歳未満 <input type="checkbox"/> 閉経( )歳 <input type="checkbox"/> たばこを吸う		
家族歴等	<input type="checkbox"/> 血縁(実母、姉妹)に乳癌あり <input type="checkbox"/> 身長( )cm <input type="checkbox"/> 体重( )kg		
病歴等	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮の病気あり <input type="checkbox"/> ペースメーカーを留置している <input type="checkbox"/> 水頭症のシャント手術をしている <input type="checkbox"/> 豊胸手術をしている		
<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 腫瘍 ●硬さ <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 ●径( )cm <input type="checkbox"/> 皮膚変化 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 <input type="checkbox"/> 手術瘢痕 <input type="checkbox"/> その他	<b>視触診</b> 		<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 腫瘍 ●硬さ <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 ●径( )cm <input type="checkbox"/> 皮膚変化 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 <input type="checkbox"/> 手術瘢痕 <input type="checkbox"/> その他
		視触診判定 <input type="checkbox"/> 精査不要 <input type="checkbox"/> 要精査 視触診医師:	
<b>MMG所見</b>		フィルムNo.	前回フィルムNo.
第1読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) 【所見のコメント】		第2読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) 【所見のコメント】	
			
比較読影(有・無) 経時的変化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変		比較読影(有・無) 経時的変化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変	
第1読影医:		第2読影医:	
総合判定: <input type="checkbox"/> 精査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査			

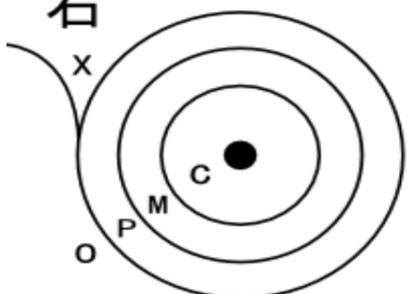
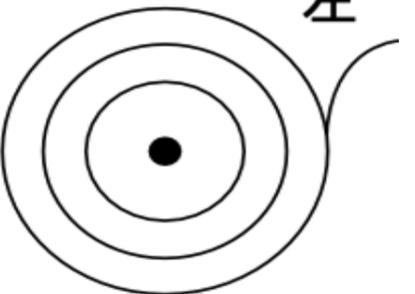
超音波検査あり

\* 視触診の欄が不要の場合は斜線を引いて使用すること

住所	〒 -	受診者番号	
氏名	フリガナ	検診日	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( ) 歳	検診場所	
乳癌検診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 検診歴あり( )回目 検診最終日(平成 年 月) <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上経過		
前回検診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精査 <精密検査結果: >		
乳房の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: 】		
乳房の手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: 】		
妊娠・出産等	<input type="checkbox"/> 現在妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 出産回数( )回 <input type="checkbox"/> 第1子を30歳以上で出産した <input type="checkbox"/> 授乳期間【 月 日間】 <input type="checkbox"/> 女性ホルモン補充療法の経験あり <input type="checkbox"/> 非妊経口薬の使用経験あり		
月経・嗜好	<input type="checkbox"/> 初潮は13歳未満 <input type="checkbox"/> 閉経( )歳 <input type="checkbox"/> たばこを吸う		
家族歴等	<input type="checkbox"/> 血縁(実母、姉妹)に乳癌あり <input type="checkbox"/> 身長( )cm <input type="checkbox"/> 体重( )kg		
病歴等	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮の病気あり <input type="checkbox"/> ペースメーカーを留置している <input type="checkbox"/> 水頭症のシャント手術をしている <input type="checkbox"/> 豊胸手術をしている		

<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 腫瘍 ●硬さ <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 ●径( )cm <input type="checkbox"/> 皮膚変化 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 <input type="checkbox"/> 手術瘢痕 <input type="checkbox"/> その他	<b>視触診</b>	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 腫瘍 ●硬さ <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 ●径( )cm <input type="checkbox"/> 皮膚変化 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 <input type="checkbox"/> 手術瘢痕 <input type="checkbox"/> その他	視触診判定
			<input type="checkbox"/> 精査不要 <input type="checkbox"/> 要精査
		視触診医師:	

<b>MMG所見</b>		フィルムNo.	前回フィルムNo.
第1読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) <b>【所見のコメント】</b>		第2読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) <b>【所見のコメント】</b>	
比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変		比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変	
第1読影医:		第2読影医:	

超音波検査所見	
画像所見	
右	左
	
カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 内部エコー(無・極低・低・等・高) (均一・不均一) <input type="checkbox"/> 境界部(平滑・粗糙・不明瞭) <input type="checkbox"/> ハロー(+・-)境界線断裂(+・-) <input type="checkbox"/> 後方エコー(増強・不変・減弱・消失) <input type="checkbox"/> 縦横比(高・低) <input type="checkbox"/> 石灰化(微細・粗大) <input type="checkbox"/> 乳管拡張 <input type="checkbox"/> 乳管内病変 <input type="checkbox"/> 小のう胞集族 <input type="checkbox"/> 低エコー領域 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ	<input type="checkbox"/> 内部エコー(無・極低・低・等・高) (均一・不均一) <input type="checkbox"/> 境界部(平滑・粗糙・不明瞭) <input type="checkbox"/> ハロー(+・-)境界線断裂(+・-) <input type="checkbox"/> 後方エコー(増強・不変・減弱・消失) <input type="checkbox"/> 縦横比(高・低) <input type="checkbox"/> 石灰化(微細・粗大) <input type="checkbox"/> 乳管拡張 <input type="checkbox"/> 乳管内病変 <input type="checkbox"/> 小のう胞集族 <input type="checkbox"/> 低エコー領域 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ

総合判定: 精査不要 要精密検査

(様式3号)

# 乳がん精密検査依頼書

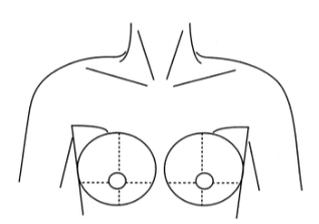
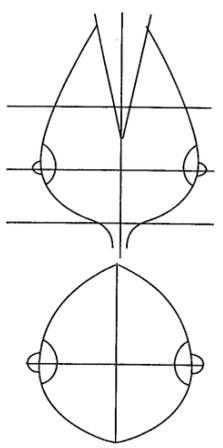
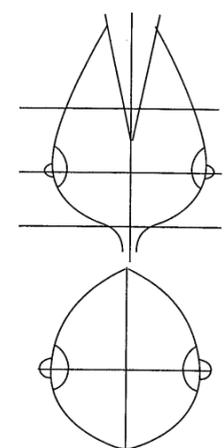
平成 年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

**\* 視触診の欄が不要の場合は斜線を引いて使用すること**

検診施設(医療機関)名
医師名 <span style="float: right;">(印)</span>

次の方は乳がん検診の結果、要精密検査となりましたので御高診の上、ご指導をよろしくお願いたします。  
 なお、お手数をおかけしますが、別添の乳がん検診精密検査結果報告書に記入の上、一次検診機関と〇〇市町〇〇課（住所：〇〇市〇〇町〇〇番地、電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）に御送付（例 複写した精密検査結果報告書を送付）くださるようお願いいたします。

住所	〒 -	受診者番号	
氏名	フリガナ	検診日	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( )歳	検診場所	
		検診施設	
乳癌検診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 検診歴あり( )回目 検診最終日(平成 年 月) <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上経過		
前回検診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精査 <精密検査結果: >		
乳房の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: ]		
乳房の手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【右・左】【病名: ]		
妊娠・出産等	<input type="checkbox"/> 現在妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 出産回数( )回 <input type="checkbox"/> 第1子を30歳以上で出産した <input type="checkbox"/> 授乳期間【 ヶ月間】 <input type="checkbox"/> 女性ホルモン補充療法の経験あり <input type="checkbox"/> 非妊経口薬の使用経験あり		
月経・嗜好	<input type="checkbox"/> 初潮は13歳未満 <input type="checkbox"/> 閉経( )歳 <input type="checkbox"/> たばこを吸う		
家族歴等	<input type="checkbox"/> 血縁(実母、姉妹)に乳癌あり <input type="checkbox"/> 身長( )cm <input type="checkbox"/> 体重( )kg		
病歴等	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮の病気あり <input type="checkbox"/> ペースメーカーを留置している <input type="checkbox"/> 水頭症のシャント手術をしている <input type="checkbox"/> 豊胸手術をしている		
<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 腫瘍 ●硬さ <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 ●径( )cm <input type="checkbox"/> 皮膚変化 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 <input type="checkbox"/> 手術瘢痕 <input type="checkbox"/> その他	<b>視触診</b> 	<input type="checkbox"/> 所見無し <input type="checkbox"/> 腫瘍 ●硬さ <input type="checkbox"/> 硬 <input type="checkbox"/> 軟 ●径( )cm <input type="checkbox"/> 皮膚変化 <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 <input type="checkbox"/> 陥没乳頭 <input type="checkbox"/> 手術瘢痕 <input type="checkbox"/> その他	視触診判定 <input type="checkbox"/> 精査不要 <input type="checkbox"/> 要精査 視触診医師:
<b>MMG所見</b>		フィルムNo.	前回フィルムNo.
第1読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) <b>【所見のコメント】</b>		第2読影 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度 カテゴリー <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 所見 腫瘍 石灰化 FAD 構築の乱れ その他 ( ) <b>【所見のコメント】</b>	
比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変		比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変	
第1読影医:		第2読影医:	
<b>総合判定:</b> <input type="checkbox"/> 精査不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査			

(様式3号-2)

乳がん精密検査依頼書

平成 年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

検診施設(医療機関)名
医師名

次の方は乳がん検診の結果、要精密検査となりましたので御高診の上、ご指導をよろしくお願いいたします。
なお、お手数をおかけしますが、別添の乳がん検診精密検査結果報告書に記入の上、一次検診機関と〇〇市町〇〇課(住所:〇〇市〇〇町〇〇番地、電話:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)に御送付(例 複写した精密検査結果報告書を送付)くださるようお願いいたします。

\* 視触診の欄が不要の場合は斜線を引いて使用すること

超音波検査あり

住所
氏名
生年月日
受診者番号
検診日
検診場所
検診施設

乳癌検診歴
前回検診結果
乳房の病気
乳房の手術
妊娠・出産等
月経・嗜好
家族歴等
病歴等

視触診
腫瘍
皮膚変化
乳頭分泌
陥没乳頭
手術瘢痕
その他

MMG所見
第1読影
第2読影

腫瘍
石灰化
FAD
構築の乱れ
その他

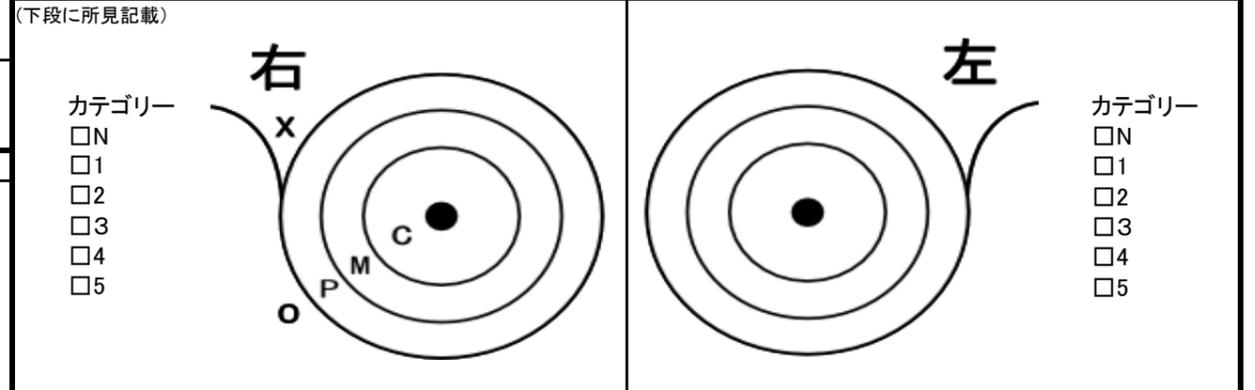
比較読影(有・無)
経時的变化
増悪
軽快
不変

総合判定:
精密検査不要
要精密検査

超音波判定
精密検査不要
要精密検査

超音波担当医師:

超音波検査所見
画像所見



内部エコー
境界部
ハロー
後方エコー
縦横比
石灰化
乳管拡張
乳管内病変
小のう胞集族
低エコー領域
構築の乱れ

(様式4号)

# 乳がん精密検査結果報告書

平成 年 月 日

一次検診施設（医療機関）の長 様  
〇 〇 市（町）長 様

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

フリガナ		生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 ( 歳)		
氏名					
住所	(〒 )				

精密検査実施日	年 月 日	貴院カルテ番号	
---------	-------	---------	--

※実施した検査及び結果の口にし点を記入してください。

マンモグラフィ		検査日(撮影日)		年	月	日
画像所見		区分	左		右	
(所見を下に図示)		カテゴリ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
● : 腫瘍    ∴ : 石灰化    ≠ : 乳腺実質の所見		腫瘍	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		石灰化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
		乳腺の所見	<input type="checkbox"/> 梁柱の肥厚 <input type="checkbox"/> 管状影 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 非対称性乳房組織 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 梁柱の肥厚 <input type="checkbox"/> 管状影 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 非対称性乳房組織 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> その他( )		
		皮膚の所見	<input type="checkbox"/> 皮膚陥凹 <input type="checkbox"/> 皮膚肥厚 <input type="checkbox"/> 乳頭陥凹 <input type="checkbox"/> 皮膚病変	<input type="checkbox"/> 皮膚陥凹 <input type="checkbox"/> 皮膚肥厚 <input type="checkbox"/> 乳頭陥凹 <input type="checkbox"/> 皮膚病変		
		リンパ節の所見	<input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節 <input type="checkbox"/> 乳房内	<input type="checkbox"/> 腋窩リンパ節 <input type="checkbox"/> 乳房内		

超音波検査		検査日		年	月	日
画像所見		区分	左		右	
(所見を下に図示)		カテゴリ	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
		主病変	<input type="checkbox"/> 腫瘍像形成病変 <input type="checkbox"/> 乳癌, 乳癌疑い <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 腫瘍像非形成病変 <input type="checkbox"/> 乳癌, 乳癌疑い <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 腫瘍像形成病変 <input type="checkbox"/> 乳癌, 乳癌疑い <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 腫瘍像非形成病変 <input type="checkbox"/> 乳癌, 乳癌疑い <input type="checkbox"/> その他( )		
		副病変				

病理検査		検査日		年	月	日	総合診断	
細胞診	<input type="checkbox"/> 穿刺細胞診 <input type="checkbox"/> 乳汁 検体: <input type="checkbox"/> 検体不適正 <input type="checkbox"/> 検体適正 結果: <input type="checkbox"/> 正常(良性) <input type="checkbox"/> 鑑別困難 <input type="checkbox"/> 悪性の疑い <input type="checkbox"/> 悪性					異常なし 乳がん(転移性を含まない) (再掲) <input type="checkbox"/> うち早期がん (再々掲) <input type="checkbox"/> 早期がんのうち <input type="checkbox"/> 非浸潤がん  (再掲)原発性乳がん 病期(該当に☑) <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III-a期 <input type="checkbox"/> III-b期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 不明		
	針生検	検体: <input type="checkbox"/> 検体不適正 <input type="checkbox"/> 検体適正 結果: <input type="checkbox"/> 正常(良性) <input type="checkbox"/> 鑑別困難 <input type="checkbox"/> 悪性の疑い <input type="checkbox"/> 悪性						
生検								
その他診断方法	<input type="checkbox"/> MMT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 乳管造影 <input type="checkbox"/> PET-CT <input type="checkbox"/> その他( )							転移性の乳がん 乳がんの疑い又は未確定 乳がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 乳腺症(疑い) <input type="checkbox"/> 線維腺腫(疑い) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 不詳
精密検査による偶発症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ※入院治療を要する重篤な場合のみ記入							
精検後の方針	<input type="checkbox"/> なし(通常の乳がん検診を継続) <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 他治療施設に紹介(医療機関名: )							
記載日	平成 年 月 日	医療機関名					医師名	



