

乳がん検診 受診票 兼 結果報告書

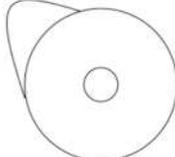
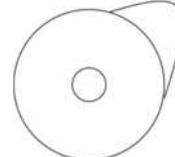
①一次検診実施機関控

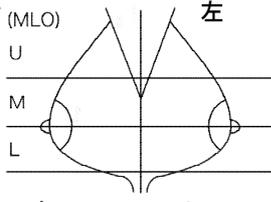
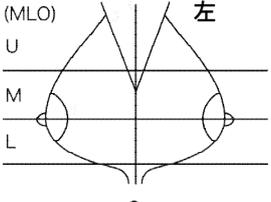
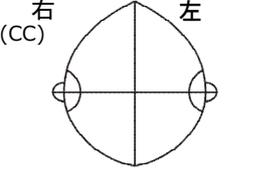
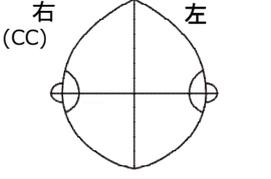
〇〇(市町村)乳がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)乳がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住所	(〒)		
フリガナ			
名前	様		
生年月日	年	月	日 (歳)
電話番号			

問診内容 ※該当する項目の□にシ点を記入してください

① 今までに乳がん検診(マンモグラフィ)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 前回()年()月頃 → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(病名:)
② 血縁者に乳がんになった方はいますか。	<input type="checkbox"/> いる → 血縁関係: <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 叔母 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない
③ 今までに乳房の病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> のう胞 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> その他()
④ 現在、乳房に関する症状はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> しこり (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 痛み (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 乳頭変形 (右・左)(いつから)
⑤ 日頃から乳房の状態を気にかけるようにしていますか(ブレスト・アウェアネス)	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
⑥ 月経はありますか。	<input type="checkbox"/> ない (閉経の場合: 歳) <input type="checkbox"/> ある (最終月経: 年 月 日 ~ 日 間)
⑦ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (妊娠 週/最終月経年 月 日)
⑧ 出産歴はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (人)
⑨ その他の確認事項	<input type="checkbox"/> ペースメーカーを装着中 <input type="checkbox"/> 豊胸手術を受けている <input type="checkbox"/> V-Pシャントを施行中 <input type="checkbox"/> その他()

視触診	右		+	-	腫瘍	+	-	左		診断医
			+	-	硬結	+	-			
実施			+	-	異常分泌	+	-			
			+	-	乳頭びらん	+	-			
			+	-	リンパ節腫大	+	-			
判定	右	・異常なし ・要精密検査 ・判定不能			左	・異常なし ・要精密検査 ・判定不能				

マンモグラフィ	第1読影	右 (MLO)		左	第2読影	右 (MLO)		左						
	【所見】	腫瘍			【所見】	腫瘍								
	【所見】	石灰化			【所見】	石灰化								
	【所見】	FAD			【所見】	FAD								
	【所見】	構築の乱れ			【所見】	構築の乱れ								
		右 (CC)		左		右 (CC)		左						
	【所見コメント】				【所見コメント】									
第1読影医師名				第2読影医師名										
カテゴリー	右 N-1	N-2	1	2	3	4	5	左 N-1	N-2	1	2	3	4	5
比較読影	あり	なし												
乳房構成	・脂肪性 ・乳腺散在 ・不均一高濃度 ・極めて高濃度			・脂肪性 ・乳腺散在 ・不均一高濃度 ・極めて高濃度										

検診総合判定	判断日	年	月	日
1 精密検査不要	所在地			
2 要精密検査	検診機関名			
3 判定不能	医師名			

乳がん検診 受診票 兼 結果報告書

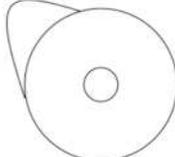
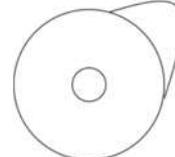
②市町村控

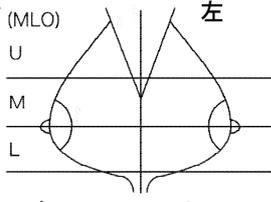
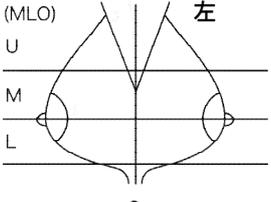
〇〇(市町村)乳がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)乳がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住所	(〒)		
フリガナ			
名前	様		
生年月日	年	月	日 (歳)
電話番号			

問診内容 ※該当する項目の□にシ点を記入してください

① 今までに乳がん検診(マンモグラフィ)を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある: 前回()年()月頃 → <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(病名:)
② 血縁者に乳がんになった方はいますか。	<input type="checkbox"/> いる → 血縁関係: <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 叔母 <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない
③ 今までに乳房の病気にかかったことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> のう胞 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> その他()
④ 現在、乳房に関する症状はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> しこり (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 痛み (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 乳頭分泌 (右・左)(いつから) <input type="checkbox"/> 乳頭変形 (右・左)(いつから)
⑤ 日頃から乳房の状態を気にかけるようにしていますか(ブレスト・アウェアネス)	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
⑥ 月経はありますか。	<input type="checkbox"/> ない (閉経の場合: 歳) <input type="checkbox"/> ある (最終月経: 年 月 日 ~ 日 間)
⑦ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (妊娠 週/最終月経年 月 日)
⑧ 出産歴はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → (人)
⑨ その他の確認事項	<input type="checkbox"/> ペースメーカーを装着中 <input type="checkbox"/> 豊胸手術を受けている <input type="checkbox"/> V-Pシャントを施行中 <input type="checkbox"/> その他()

視触診	右		+	-	腫瘍	+	-	左		診断医
			+	-	硬結	+	-			
実施			+	-	異常分泌	+	-			
			+	-	乳頭びらん	+	-			
			+	-	リンパ節腫大	+	-			
判定	右	・異常なし ・要精密検査 ・判定不能			左	・異常なし ・要精密検査 ・判定不能				

マンモグラフィ	第1読影	右 (MLO)		左	第2読影	右 (MLO)		左		
	【所見】	腫瘍	石灰化	FAD	構築の乱れ	腫瘍	石灰化	FAD	構築の乱れ	
	【所見コメント】									
	第1読影医師名					第2読影医師名				
	比較読影	あり	なし			あり	なし			
乳房構成	・脂肪性 ・乳腺散在 ・不均一高濃度 ・極めて高濃度				・脂肪性 ・乳腺散在 ・不均一高濃度 ・極めて高濃度					

検診総合判定	判断日	年	月	日
1 精密検査不要	所在地			
2 要精密検査	検診機関名			
3 判定不能	医師名			