

乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

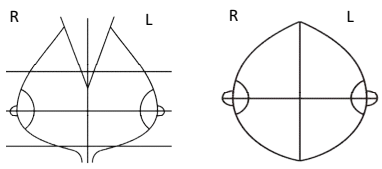
乳がん精密検査依頼書

年 月 日

医療機関長様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の乳がん検診において要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。
なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告書にてご返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号			検診医療機関名 担当医師名	
検診年月日	年 月 日			
ふりがな			生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名				
住 所	(〒)			
一次検診結果	所見(右)		所見(左)	マンモグラフィ異常所見(図示)
	() 腫瘍 () 石灰化 () 局所的非対称性陰影 () 構築の乱れ () その他 ()		() 腫瘍 () 石灰化 () 局所的非対称性陰影 () 構築の乱れ () その他 ()	
	判定: N1, N2, 1, 2, 3, 4, 5		判定: N1, N2, 1, 2, 3, 4, 5	
	視触診コメント			

乳がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無	a. なし → 紹介先医療機関名 [紹介年月日: 年 月 日] b. あり		
精密検査年月日	年 月 日	精検実施医療機関名 担当医師名	
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)	1. マンモグラフィ 2. 超音波 3. 穿刺吸引細胞診 4. 針生検 5. 外科的生検 6. その他の検査: 検査法 ()		
	医師 コメント欄		
診断日 (以下の診断区分を決定した日付)	年 月 日		
診 断 区 分	i. 異常なし	1. 異常なし	
	ii. 乳がん (・右 ・左 ・両側)	2. 0期がん (Tis: 非浸潤癌あるいはPaget病) 3. I 期がん (T1N0: 2cm以下でリンパ節転移のないもの) 4. II 期以上のがん (2cmより大きい腫瘍のもの)	
	iii. 乳がん以外 (転移性の乳がんを含む)	5. 良性病変 (・のう胞 ・乳腺症 ・線維腺腫 ・乳管内乳頭腫 ・良性石灰化) 6. その他 ()	
	iv. がんの疑い または未確定	7. がんの疑いまたは未確定	
備 考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください		
その後の処置 ※他院紹介は 4.その他を選択し 医療機関名を記載	1. なし: 次回の乳がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 (カ月後予定) 3. 治療 ・手術済 (年 月 日) ・術前薬物療法 4. その他 ()		
精検に伴う 偶発症の有無 (入院加療を 伴うもの)	a. なし b. あり → 内容 () 予後 (生存 ・ 死亡)		
記載年月日	年 月 日		