

## 乳がん検診結果通知書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			( 歳)
住所	高取町大字	電話番号	

受診者の皆様へ 『下記の問診票は、皆様の健康状態を把握するために使用しますのでご了承ください。』

\* 該当欄に○印を記入してください。

①乳がん検診を受けたことがありますか？	いいえ・はい→	平成 年(異常なし・あり) 病名( )
②(①が「はい」の方) どこで、乳がん検診を受けましたか？	保健センター・その他( )	
③(①が「はい」の方) 検診内容は？ 複数可	視触診・マンモグラフィ・その他( )	
④自分で自己検診法を実施していますか？	いいえ・はい→	ときどき・定期的( )
⑤現疾患・既往歴がありますか？	いいえ・はい→	病名( ) 歳 治癒・通院中
⑥血縁の方で乳がんにかかった方がいますか？	いいえ・はい→	母・姉・妹・その他( )
⑦乳房に痛みがありますか？	いいえ・はい→	( 右・左・両 ) いつ頃から？
⑧乳頭からの分泌物がありますか？	いいえ・はい→	( 右・左・両 ) いつ頃から？
⑨乳房にしこりがありますか？	いいえ・はい→	( 右・左・両 ) いつ頃から？
⑩最終月経:( )月( )日から( )日間	⑪順・不順	⑫初経:( )歳 ⑬閉経:( )歳
⑭妊娠:( )回	⑮分娩:( )回	⑯授乳期間:最長( )ヶ月 ⑰人工栄養:( 有・無 )

実施日 年 月 日 ※該当する口枠にレ点チェック又は、ご記入ください。

(視触診結果)

R

L

検査中・後の重篤な偶発症 無・有(具体的内容 )  
※検査中または検査後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る)の有無及びその内容について記載してください。

腫瘍	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )	乳頭	びらん	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )
			異常分泌	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )
その他	所見			

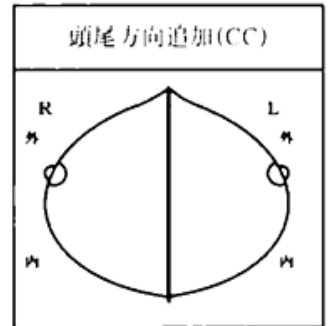
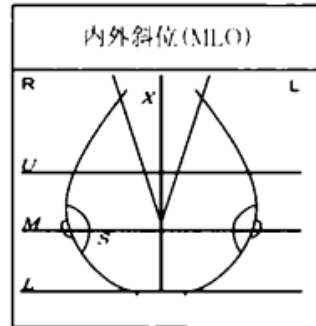
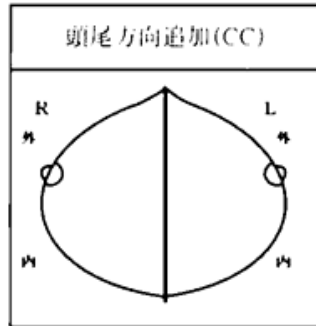
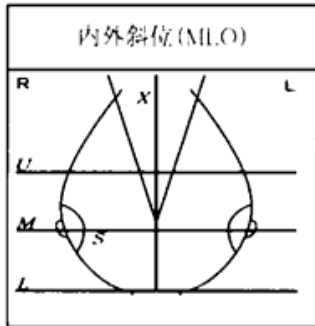
指導分類	<input type="checkbox"/> 異常認めず	( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )	
	<input type="checkbox"/> 良性	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           乳腺症・嚢胞・繊維腺腫・乳腺炎            葉状腫瘍・脂肪腫・乳管内乳頭腫         </div>	( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 要精密検査		( <input type="checkbox"/> 右・ <input type="checkbox"/> 左 )

視触診診断医師名

総合判定	<input type="checkbox"/> 精検不要 <input type="checkbox"/> 要精密検査	検診機関名
------	--	-------

読影医師名		読影医師名	
フィルム評価	<input type="checkbox"/> 読影可能	乳腺評価	<input type="checkbox"/> 脂肪性 (右・左)
	<input type="checkbox"/> 不能 (右・左) 理由: 体動、撮影条件不良 ポジショニング不良 マンモグラフィ不適 その他		<input type="checkbox"/> 乳腺散在 (右・左)
			<input type="checkbox"/> 不均一高濃度 (右・左)
			<input type="checkbox"/> 高濃度 (右・左)
			<input type="checkbox"/> 豊胸術 (右・左)

所見: 腫瘤等があれば図示して下さい。( R・L、 部位 : U・M・L・S・X・W )  
 内外斜位(40歳以上全員) 頭尾方向追加(40歳代のみ) 内外斜位(40歳以上全員) 頭尾方向追加(40歳代のみ)



判定・指示 (要・不要)比較	<b>第1読影医師</b>	
	判定	1; 異常なし (右・左・両) 2; 良性 (右・左・両) 3; 良性、悪性を否定できず (右・左・両) 4; 悪性の疑い (右・左・両) 5; 悪性 (右・左・両)
	不能	N1; 要マンモグラフィ再検 (右・左・両) N2; マンモグラフィ無効、触診で判定 (右・左・両)
【腫瘍性変化】 (単発・多発) 大きさ; 長径 cm 形状; 円形・楕円形・多角形 分葉状・不整形 変縁; 境界明瞭・微細分葉状 境界不明瞭・スピキュラ 評価困難 濃度; 含脂肪・低濃度 等濃度・高濃度 随伴する石灰化(あり・なし) その他の所見(あり・なし)		【その他の所見】 <input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見: 梁柱の肥厚・管状影 非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影 構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚所見: 皮膚陥凹・乳頭陥凹 皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節 乳房内リンパ節
【石灰化】 <input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化: 皮膚・血管・繊維線腫 乳管拡張症・円形石灰化 中心透亮性・石化乳 その他 <input type="checkbox"/> 良悪性鑑別必要な石灰化: 形態; 微細円形 不明瞭多形成 微細線状分枝状 分布; 散在性・領域性 区域性・線状 集簇性 随伴するその他の所見; (あり・なし)		【フィルム比較所見】 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪

判定・指示 (要・不要)比較	<b>第2読影医師</b>	
	決定区分	1; 異常なし (右・左・両) 2; 良性 (右・左・両) 3; 良性、悪性を否定できず (右・左・両) 4; 悪性の疑い (右・左・両) 5; 悪性 (右・左・両)
	不能	N1; 要マンモグラフィ再検 (右・左・両) N2; マンモグラフィ無効、触診で判定 (右・左・両)
【腫瘍性変化】 (単発・多発) 大きさ; 長径 cm 形状; 円形・楕円形・多角形 分葉状・不整形 変縁; 境界明瞭・微細分葉状 境界不明瞭・スピキュラ 評価困難 濃度; 含脂肪・低濃度 等濃度・高濃度 随伴する石灰化(あり・なし) その他の所見(あり・なし)		【その他の所見】 <input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見: 梁柱の肥厚・管状影 非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影 構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚所見: 皮膚陥凹・乳頭陥凹 皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節 乳房内リンパ節
【石灰化】 <input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化: 皮膚・血管・繊維線腫 乳管拡張症・円形石灰化 中心透亮性・石化乳 その他 <input type="checkbox"/> 良悪性鑑別必要な石灰化: 形態; 微細円形 不明瞭多形成 微細線状分枝状 分布; 散在性・領域性 区域性・線状 集簇性 随伴するその他の所見; (あり・なし)		【フィルム比較所見】 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪