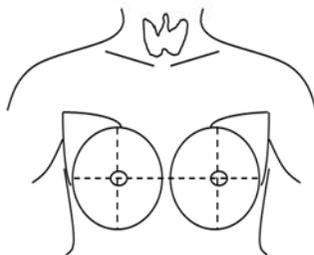


乳がん検診結果連絡票

検診月日	実施主体
氏名	受診No.
検診担当機関	X線No.

検診の結果、要精検とされましたので、精密検査を実施いただき、その結果をご回報くださるようお願いいたします。

視診・触診所見

- | | | |
|----------------------------------|---|-----------------------------------|
| 0.異常なし <input type="checkbox"/> |  | 7.乳頭分泌 <input type="checkbox"/> |
| 1.形態異常 <input type="checkbox"/> | | 右: 血性・水性・乳汁 |
| 2.皮膚の異常 <input type="checkbox"/> | | 左: 血性・水性・乳汁 |
| 3.乳頭の異常 <input type="checkbox"/> | | |
| 4.腫瘤の有無 <input type="checkbox"/> | | 8.リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> |
| 5.圧痛の有無 <input type="checkbox"/> | | 9.甲状腺腫脹 <input type="checkbox"/> |
| 6.発赤の有無 <input type="checkbox"/> | | 10.その他 <input type="checkbox"/> |

マンモグラフィ所見 (1方向・2方向)

<p>[右]</p> <p>* 部位: 図に表示</p> <p>* 所見1: 腫瘤 石灰化 非対称 その他</p> <p>* 所見2: 腫瘤 石灰化 非対称 その他</p> <p>判定: カテゴリー ()</p>		<p>[左]</p> <p>* 部位: 図に表示</p> <p>* 所見1: 腫瘤 石灰化 非対称 その他</p> <p>* 所見2: 腫瘤 石灰化 非対称 その他</p> <p>判定: カテゴリー ()</p>
--	--	--

乳がん検診精密検査回報書

検診月日	実施主体
検診担当機関	受診No.

初回来院年月日	年	月	日
最終診断年月日	年	月	日

精検実施項目	診断内容
1. マンモグラフィ	[診断名]
2. 超音波	
3. 細胞診 (穿針・分泌物)	
4 組織診	
5. その他	
()	[所見の部位]
患者への指示	1. 異常なし (月一回の自己検診) 2. 経過観察 (カ月後) 3. 要治療 4. その他 () 5. 他医療機関へ紹介
照会先医療機関名	
医療機関名	
担当医師名	

～記入上のお願い～

該当するものを○で囲んでください。日本語で簡単・明瞭に記入願います。

- 他医療機関へ紹介する場合は、この回報書には何も記入せずに紹介先へ持たせてください。(ただし、乳がん確定の場合の除く)

※項目の追加は市町村・検診機関の自由とする。