

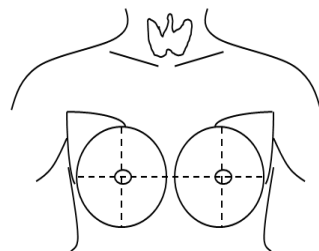
乳がん検診結果連絡票

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
- 1.形態異常
- 2.皮膚の異常
- 3.乳頭の異常
- 4.腫瘍の有無
- 5.圧痛の有無
- 6.発赤の有無



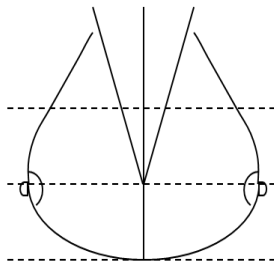
- 7.乳頭分泌
右: 血性・水性・乳汁
左: 血性・水性・乳汁
- 8.リンパ節腫脹
- 9.甲状腺腫脹
- 10.その他 ()

マンモグラフィ所見 (1方向・2方向)

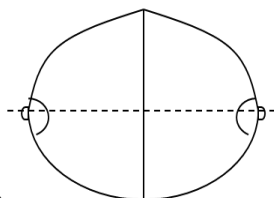
[右]

* 部位: 図に表示

- * 所見1:
腫瘍
石灰化
非対称
その他



- * 所見2:
腫瘍
石灰化
非対称
その他



判定: カテゴリー()

[左]

* 部位: 図に表示

- * 所見1:
腫瘍
石灰化
非対称
その他

- * 所見2:
腫瘍
石灰化
非対称
その他

判定: カテゴリー()

乳がん検診精密検査回報書

一次検診年月日	年 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	1. マンモグラフィ 2. 超音波 3. 細胞診 (穿針・分泌物) 4. 組織診 5. 摘出生検 6. その他()	
診断結果	1. 異常なし 2. 乳がん (部位:) <input type="checkbox"/> 早期がん (0期・I期) <input type="checkbox"/> うち0期がん (非浸潤がん) <input type="checkbox"/> II期以上のがん <input type="checkbox"/> 進展度不明 3. 乳がん疑い (組織検査に至らないもの) 4. 未確定 5. 癌腫以外の悪性腫瘍(リンパ腫・他()) 6. 乳房の転移性腫瘍 (原発臓器) 7. その他 (乳腺症・のう胞・その他 ())	
検査に伴う偶発症 (入院を要するもの)	無・有 (内容)	
患者への指示、市町村連絡事項	1 異常なし (月 1 回の自己検診) 2. 経過観察 (ヶ月後) ※未確定の場合経過観察 3. 要治療 (治療予定・治療済・他院紹介→下欄へ記載) 4. その他 ()	
	紹介先医療機関名	
医療機関名 担当医師名		
回報書は最終的な診断・治療をした施設から提出してください。 精査のため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。		

※経過観察の場合は、「4. 未確定」とし、検診受診日から概ね半年経過した後に回報書を提出してください。