

乳がん検診票

X線 No. _____

受付No.	ID No.	検診日 年 月 日
-------	--------	-----------

※太枠内は各自で事前に①~⑫まで全て記入してください。

集団名 山陽小野田市 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 性別 年度末年齢 歳 電話番号 () - 住所 山陽小野田市 (〒 -)	① 乳がんの検診を受けたことがありますか？ 1 前年度に受けた 2 前々年度に受けた 3 前々々年度に受けた 4 なし又は、「前々々年度」以前に受けた 9 わからない その結果「異常あり」と言われたことはありますか？ 1 ない 2 ある () 年前 内容 () ② 現在、乳房に気になる症状はありますか？ 1 ない 2 ある 9 わからない (右・左) → (年 月頃から) I しこり II 乳房の変形 III 乳房から汁が出る IV 痛み V 乳頭のへこみ VI その他 () ※初経年齢 () 歳 閉経年齢 () 歳 以下、「ある」「はい」と答えた方は、マンモグラフィは受診できません。	③ 乳腺(乳房)の病気をしたことがありますか？ 1 ない 2 ある 病名 () ④ 乳腺の手術をしたことがありますか？ 1 ない 2 ある (右・左) ⑤ ご家族(血縁の方)に乳がんになった人はいますか？ 1 いない 2 いる I 母 II 姉妹 III おば IV 娘 V その他 () ⑥ 乳がんの自己触診をしていますか？ 1 していない 2 している
⑦ 現在、妊娠している可能性がありますか？ 1 ない 2 ある ⑧ 現在、授乳中ですか？ 1 いいえ 2 はい ⑨ 心臓ペースメーカーの使用はありますか？ 1 ない 2 ある	⑩ 豊胸手術(シリコン使用等)をしたことがありますか？ 1 ない 2 ある ⑪ CVポート(薬液注入器具)、V-Pシャントなど医療機器が前胸部に入っていますか？ 1 いいえ 2 はい ⑫ 1年以内に乳房の手術を受けていますか？ 1 いいえ 2 はい	

受診者記入欄

【視触診判定】 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精検(所見欄に必ず図示して下さい) 診断医名 【備考】	
---	--

【乳腺超音波判定】 <input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精検 診断医名 ◆両乳腺部に特にはっきりとした異常所見をみとめず ◆乳腺症 pattern を示す <input type="checkbox"/> 右乳腺 <input type="checkbox"/> 左乳腺 ◆嚢胞 pattern を認める <input type="checkbox"/> 右乳腺 (× cm) (× cm) <input type="checkbox"/> 左乳腺 (× cm) (× cm) ◆線維腺腫 pattern を認める <input type="checkbox"/> 右乳腺 (× cm) <input type="checkbox"/> 左乳腺 (× cm)	◆精密検査を要する <input type="checkbox"/> 右乳腺 (× cm) <input type="checkbox"/> D/W <input type="checkbox"/> 左乳腺 (× cm) <input type="checkbox"/> 後方エコーの減衰 <input type="checkbox"/> 形状不整 <input type="checkbox"/> その他 ◆その他 部位 検査No.
---	--

【マンモグラフィ判定】

第一読影所見		第二読影所見	
フィルムの評価 <input type="checkbox"/> 読影可 <input type="checkbox"/> 読影不可 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ不適 <input type="checkbox"/> ポジショニング不良 <input type="checkbox"/> 体動・条件不良 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> Dense breast		フィルムの評価 <input type="checkbox"/> 読影可 <input type="checkbox"/> 読影不可 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ不適 <input type="checkbox"/> ポジショニング不良 <input type="checkbox"/> 体動・条件不良 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> Dense breast	
腫瘍 ○ size × cm <input type="checkbox"/> spicula <input type="checkbox"/> 微細鋸歯状分葉状 <input type="checkbox"/> 境界明瞭平滑 <input type="checkbox"/> 境界不明瞭 <input type="checkbox"/> 評価困難	腫瘍 ○ size × cm <input type="checkbox"/> spicula <input type="checkbox"/> 微細鋸歯状分葉状 <input type="checkbox"/> 境界明瞭平滑 <input type="checkbox"/> 境界不明瞭 <input type="checkbox"/> 評価困難	腫瘍 ○ size × cm <input type="checkbox"/> spicula <input type="checkbox"/> 微細鋸歯状分葉状 <input type="checkbox"/> 境界明瞭平滑 <input type="checkbox"/> 境界不明瞭 <input type="checkbox"/> 評価困難	腫瘍 ○ size × cm <input type="checkbox"/> spicula <input type="checkbox"/> 微細鋸歯状分葉状 <input type="checkbox"/> 境界明瞭平滑 <input type="checkbox"/> 境界不明瞭 <input type="checkbox"/> 評価困難
石灰化 × <input type="checkbox"/> 良性石灰化 分布 <input type="checkbox"/> びまん性、散在性、領域性 <input type="checkbox"/> 集簇性 <input type="checkbox"/> 線状、区域性	石灰化 × <input type="checkbox"/> 良性石灰化 分布 <input type="checkbox"/> びまん性、散在性、領域性 <input type="checkbox"/> 集簇性 <input type="checkbox"/> 線状、区域性	石灰化 × <input type="checkbox"/> 良性石灰化 分布 <input type="checkbox"/> びまん性、散在性、領域性 <input type="checkbox"/> 集簇性 <input type="checkbox"/> 線状、区域性	石灰化 × <input type="checkbox"/> 良性石灰化 分布 <input type="checkbox"/> びまん性、散在性、領域性 <input type="checkbox"/> 集簇性 <input type="checkbox"/> 線状、区域性
性状 <input type="checkbox"/> 微小円形・淡く不明瞭 <input type="checkbox"/> 多型性・不均一 <input type="checkbox"/> 微細線状分枝状	性状 <input type="checkbox"/> 微小円形・淡く不明瞭 <input type="checkbox"/> 多型性・不均一 <input type="checkbox"/> 微細線状分枝状	性状 <input type="checkbox"/> 微小円形・淡く不明瞭 <input type="checkbox"/> 多型性・不均一 <input type="checkbox"/> 微細線状分枝状	性状 <input type="checkbox"/> 微小円形・淡く不明瞭 <input type="checkbox"/> 多型性・不均一 <input type="checkbox"/> 微細線状分枝状
その他 △ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ	その他 △ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ	その他 △ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ	その他 △ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> 構築の乱れ
コメント		コメント	
読影判定		読影判定	
カテゴリー分類 <input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 良性	読影 医師名	カテゴリー分類 <input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 良性	読影 医師名
要精検 <input type="checkbox"/> 3 良性、しかし悪性を否定できない <input type="checkbox"/> 4 悪性の疑い <input type="checkbox"/> 5 悪性		要精検 <input type="checkbox"/> 3 良性、しかし悪性を否定できない <input type="checkbox"/> 4 悪性の疑い <input type="checkbox"/> 5 悪性	
読影総合判定 (カテゴリー分類) <input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 良性 <input type="checkbox"/> 3 良性、しかし悪性を否定できない <input type="checkbox"/> 4 悪性の疑い <input type="checkbox"/> 5 悪性			

総合判定 (触診・エコー・マンモ)

<input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要精検

検診実施機関