

乳がん検診受診票

ID. _____

※赤枠内をご記入の上、お持ち下さい。

住所	□□□□-□□□□		
健康手帳	新規 交付	持参	再交付
(フリガナ)	電話 () -		
氏名	生年 月日	西暦	年 月 日生 (満 歳)

(A) マンモグラフィ 記録票	撮影年月日	年	月	日
撮影方法	1 MLO(内外斜位方向撮影) 2 CC(頭尾方向撮影)			
フィルムの評価	1 読撮可能 2 読撮不可能 (1 体動 2 撮影条件不良 3 ポジショニング不良 4 その他())			
乳腺の評価	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 高濃度			
第1読撮【読撮日: 月 月 日】		第2読撮【読撮日: 年 月 日】		
右 MLO	左 MLO	右 MLO	左 MLO	
所見と判定		所見と判定		
右	左	右	左	
腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()	
石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()	
その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()	
カテゴリー	カテゴリー	カテゴリー	カテゴリー	
1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	
比較読撮 1あり (経時的変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2なし	比較読撮 1あり (経時的変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2なし			
医師名: ()	医師名: ()			
マンモグラフィ判定	1 精検不要 2 要精検			

問 診	1; 既往歴及び家族歴	① 乳がん検診を受けたことがありますか。 1. ない 2. ある (前回 年 月頃)
	② 乳がん検診で異常を指摘されたことがありますか 1. ない 2. ある	
	③ 乳房の病気をしたことがありますか。 1. ない 2. ある (歳: 病名)	
	④ 家族 (血族) に『乳がん』の人がいましたか。 1. いない 2. いる (続柄:)	
	⑤ その他 ア. 最終月経はいつですか。 1. 閉経前 (年 月 日) 2. 閉経後 (歳) イ. 閉経について 1. ない 2. ある ウ. 出産歴について 1. ない 2. ある (回)	
	⑥ ペースメーカーの有無 1. ない 2. ある	
	⑦ 手術をしたことがありますか。 1. ない 2. ある (心臓ペースメーカー・豊胸手術・その他)	
	2; 現在の状況	
	① 乳房の自己触診をしていますか。 1. いない 2. いる (年くらい前から)	
	② 乳房の痛みがありますか。 1. ない 2. ある (右・左)	
	③ 乳房にしこりがありますか。 1. ない 2. ある (右・左)	
	④ 乳首の変形がありますか。 1. ない 2. ある (右・左)	
	⑤ 乳首からの分泌がありますか。 1. ない 2. ある (右・左)	
	⑥ 月経のとき、乳房に痛み・しこりがありますか。 1. ない 2. ある (右・左)	
	⑦ 授乳中ですか。 1. いいえ 2. はい	

(B) 視診・触診 記録票	実施年月日	年	月	日
所見	右	左		
腫瘍	- +	- +		
皮膚状態	えくぼ症状	- +	- +	
	発赤	- +	- +	
	浮腫	- +	- +	
	潰瘍	- +	- +	
乳頭	変形	- +	- +	腫瘍の大きさ 左右非対象 (- +) cm × cm
	びらん	- +	- +	
リンパ節	分泌物 (該当するものを○で囲む)	- +	- +	視診・触診判定 1 異常認めず 2 要精検
	鎖骨窩腫脹	- +	- +	
	腋窩腫脹	- +	- +	担当医師名

総合判定	1 異常認めず	2 要精検 (精検依頼先医療機関名:)
総合判定年月日	年 月 日	判定医師名
備考		