

●指定医療機関据え置き受診票：昨年度の松山市乳がん検診受診の有無を、必ず松山市保健所へ確認をすること
確認日(令和 年 月 日) 医療機関確認者名() 松山市保健所：911-1819
※乳がん検診は2年度ごとの受診となりますので、昨年度本市の乳がん検診を受診された方は、今回は受診できません。

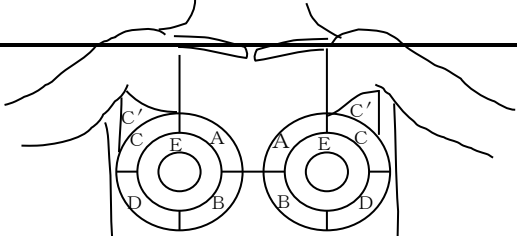
医療機関名		医療機関番号	3	8	1							
-------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

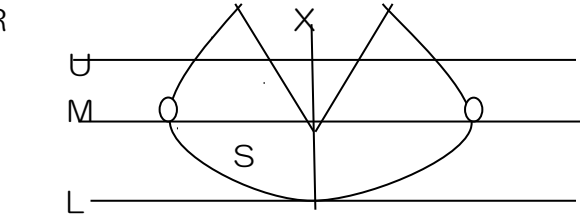
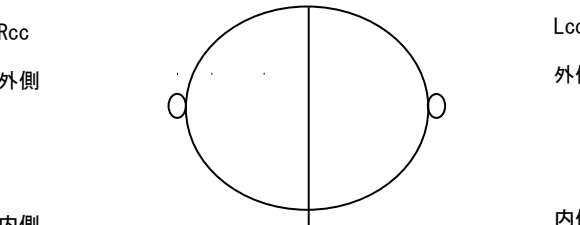
検診歴	過去に、松山市の乳がん検診を受けましたか。 受けない ・ 受けた(受診場所)	
	受 診 歴: 初 回 ・ 1 年 前 ・ 2 年 前 ・ 3 年 以 上 前 セルフチェック(自己触診): 無 ・ 有(定期的・時々)	
家族歴	血縁に乳がん : 無 ・ 有(祖母 母 おば 姉妹 娘 姪) 血縁にその他のがん : 無 ・ 有(祖父母 父母 おじおば 兄弟姉妹 子 甥 姪)	
既往歴	乳房疾患: 無 ・ 有(病名 : 歳) 1. 治療中 ・ 2. 経過観察(カ月毎) ・ 3. 完治 ・ 4. 放置	
月 経	初経(歳) ・ 最終月経(月 日 ~ 月 日) ・ 閉経(歳)	
妊 娠	妊娠しているまたはその可能性がありますか 無 ・ 有 (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日)	
主 訴	1. しこりがありますか 無 ・ 有	
	2. 乳房をしぼると分泌物がでますか 無 ・ 有	
	3. 痛みはありますか 無 ・ 有	
その他	豊胸手術、心臓ペースメーカー、水頭症シャントなど人工物が入っていますか 無 ・ 有	
	現在、乳腺疾患治療中ですか 無 ・ 有	

※以下は医師が記入をします。該当する番号に○をしてください。

視触診実施状況記載欄(原則不要)

臨床所見	腫 瘤	: 無 ・ 有	 (腫瘍触知リンパ節図示)
	Dimple	: 無 ・ 有	
	乳頭ビラン	: 無 ・ 有	
	分 泌	: 無 ・ 有 (血性・非血性)	
	腋窩リンパ節腫張	: 無 ・ 有	
視 触 診 検診結果	1. 精検不要 2. 要精検		診断医師名 _____

マンモグラフィ読影判定書

フィルム番号 _____ 氏 名 _____ 年 齢 _____ 比較フィルム [あり ・ なし] (1) 撮影 年 月 日 (判定) (2) 撮影 年 月 日 (判定) マンモ撮影方向 ① 1 方向 (50 歳以上) ② 2 方向 (40~49 歳)		R L  Rcc Lcc 外側 外側  内側 内側				
	右 乳 房		左 乳 房			
フィルム評価	☐ 読影不能 ☐ 未実施 (摘出術後等) 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 ()		☐ 読影不能 ☐ 未実施 (摘出術後等) 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 ()			
乳腺の評価	[脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 高濃度] ☐ 豊胸術後					
カテゴリー 判定及び指示	判 定	1. 異常なし 2. 良性 3. 要精検 (良性、しかし悪性を否定できず) 4. 要精検 (悪性の疑い) 5. 要精検 (悪性)		判 定	1. 異常なし 2. 良性 3. 要精検 (良性、しかし悪性を否定できず) 4. 要精検 (悪性の疑い) 5. 要精検 (悪性)	
	判 定 不 能	6. 要マンモグラフィ再検 (N-1) 7. マンモグラフィ無効 (N-2)		判 定 不 能	6. 要マンモグラフィ再検 (N-1) 7. マンモグラフィ無効 (N-2)	
所 見	部 分 (UML SXW)	1. 腫瘍 2. 石灰化・その他の所見 3. 非対称 4. 構築の乱れ 5. リンパ節 6. 皮膚所見・その他		部 分 (UML SXW)	1. 腫瘍 2. 石灰化・その他の所見 3. 非対称 4. 構築の乱れ 5. リンパ節 6. 皮膚所見・その他	
総合判定	1. 精検不要 2. 要精検		読影医師名 _____			読影医師名 _____

☆自己負担金の免除をした場合は、以下、該当する番号に○をしてください。

免除区分 1=後期高齢者 2=生活保護 3=非課税 4=中国残留邦人