

令和8年度松山市乳がん個別検診受診票(指定医療機関用)

●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						
-------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

以下の太枠内をご記入ください。

受診日	令和 年 月 日	保険の種類	1. 松山市国保 2. 松山市国保以外	
住所 (住民票住所)	松山市 (マンション名など: 号室)	電話	1. 自宅 2. 携帯 ()	
フリガナ		生年月日	2. 大 3. 昭 年 月 日	
氏名			()歳	

同意書

この検診は、松山市に住民票がある 40 歳(今年度末年齢)以上の女性で、昨年度と今年度に松山市の乳がん検診を受診していない方が対象です。以下の点をよくお読みいただき、同意書に自署をお願いいたします。
 なお、同意されない場合、受診はできません。

- ①私は受診日に松山市に住民票がある 40 歳以上(今年度末年齢)の女性です。
- ②私は昨年度と今年度に松山市の乳がん検診を受診していません。
- ③松山市が検診に関する個人情報(住所、年齢、性別、自己負担金免除の対象要件等)を確認・使用することを了承します。
- ④今後、上記①②に相違があった場合や、自己負担金免除の対象でないことが判明した場合、検診費用最大 8,325 円を医療機関へ支払うことを約束します。

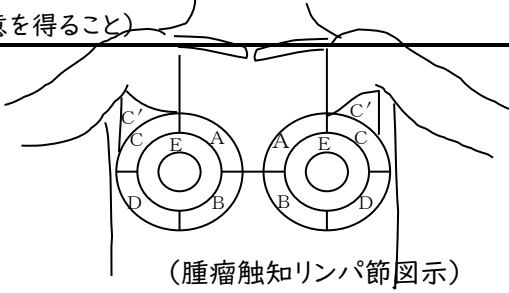
氏名(自署)

※下の欄であてはまるものを○で囲み、()内に必要事項を記入してください。

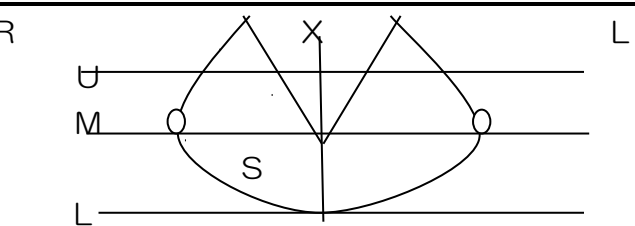
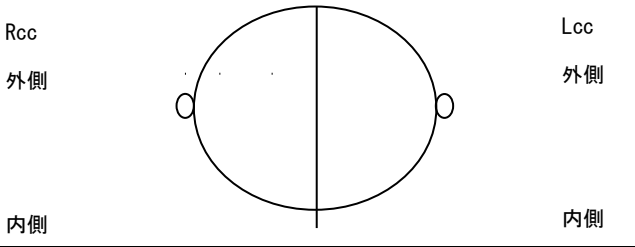
検診歴	過去に、松山市の乳がん検診を受けましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(受診場所)
	受診歴: 初回 <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上前 <input type="checkbox"/> セルフチェック(自己触診): 無 <input type="checkbox"/> 有(定期的 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/>)
家族歴	血縁に乳がん : 無 <input type="checkbox"/> 有(祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> 姉妹 <input type="checkbox"/> 娘 <input type="checkbox"/> 姪 <input type="checkbox"/>)
	血縁にその他のがん : 無 <input type="checkbox"/> 有(祖父母 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> おじおば <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 甥 <input type="checkbox"/> 姪 <input type="checkbox"/>)
既往歴	乳房疾患: 無 <input type="checkbox"/> 有(病名 : 歳) 1. 治療中 <input type="checkbox"/> 2. 経過観察(カ月毎) <input type="checkbox"/> 3. 完治 <input type="checkbox"/> 4. 放置 <input type="checkbox"/>
月経	初経(歳) <input type="checkbox"/> 最終月経(月 日~ 月 日) <input type="checkbox"/> 閉経(歳) <input type="checkbox"/>
妊娠	妊娠しているまたはその可能性がありますか 無 <input type="checkbox"/> 有(妊娠週数 週/最終月経 年 月 日) <input type="checkbox"/>
主訴	1. しこりはありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
	2. 乳房をしぼると分泌物がでますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
	3. 痛みはありますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>
	現在、乳腺疾患治療中ですか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/>

※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、行う場合は受診者へ説明し同意を得ること)

臨床所見	腫瘍	: 無・有	
	Dimple	: 無・有	
	乳頭ピラン	: 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)		 		
	右乳房	左乳房		
フィルム評価	<input type="checkbox"/> 読影不能 <input type="checkbox"/> 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 ()	<input type="checkbox"/> 読影不能 <input type="checkbox"/> 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] <input type="checkbox"/> 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