

診療情報提供書

令和 年 月 日

精密検査担当医師 様

当院にて実施しました松山市乳がん検診の結果、精密検査が必要であると認められました。御多忙中恐縮ですが、下記報告書に精検結果を御記入のうえ、御返送くださいますようお願いいたします。

精密検査依頼書（乳がん検診）

検診年月日 (結果判定日)	令和 年 月 日	医療機関名 担当医師名	印
ふりがな			
氏 名	生年月日 昭和 年 月 日 (歳)		
住 所	松山市		
検診結果	視 触 診	右	左
	マンモグラフィ	右	左

乳がん精密検査結果報告書

精検日	令和 年 月 日 ※上記の検診年月日以降の日付	医療機関名 担当医師名	
検査方法	1 マンモグラフィ 2 超音波 3 細胞診 4 マンモトーム生検 5 その他 ()		
診断名	※当てはまる番号に○をおつけください。 1. 異常なし 2. 原発性乳がん ※①～④の <u>いずれかに必ず○</u> をつけてください。 ↳ ① 早期(0期) ② 早期(I期) ③ 進行(Ⅱ期以上) ④ 病期不明 3. 転移性乳がん(原発部位) 4. 乳がん疑い 5. 乳がん以外のがん () 6. 乳腺症 7. 線維腺腫 8. 乳腺炎 9. 乳頭分泌異常 10. のう胞・のう腫 11. その他 ()		
今後の 方針	1. 異常なし 2. 経過観察(か月毎) 3. 要治療 4. 要手術(令和 年 月 日) 5. 放置 6. その他 ()		

※診断名欄が『2原発性乳がんの病期不明』の場合や、『4乳がんの疑い』の場合は、健康づくり推進課から報告書に記載の医療機関へ病期等の追跡調査を行うことがあります。
※この報告書は、健康づくり推進課へ返信をお願いします(別添の封筒にて御投函ください。)