

# 藤沢市乳がん検診 検診券

受診券に記載されている、9桁の番号を記入してください(再発行の場合は15桁)。

徴収・免除のいずれかにシ印をつけてください。

藤沢市提出用

- ① 徴収
- ② クーポン
- ③ 70歳以上
- ④ 40・42・44・46・48歳
- ⑤ 障がい
- ⑥ 生保他
- ⑦ 非課税

は、検診機関及び検診事業主体である「藤沢市」が、理し、精密検査が必要と判定された方への受診勧奨や等の保健衛生行政に利用します。

受診者番号 (左詰めで記入)											
フリガナ 氏名	藤沢市										
生年月日	②大正	③昭和	年	月	日	歳	電話番号(自宅・携帯)				
検診歴	<input type="checkbox"/> ①1年前に受けた <input type="checkbox"/> ②2年前に受けた <input type="checkbox"/> ③3年前に受けた <input type="checkbox"/> ④なし または4年以上前に受けた <input type="checkbox"/> ⑨わからない										
月経	最近の月経	20	年	月	日	閉経	歳				
妊娠と分娩	妊娠したことがありますか	いいえ	はい	(うち分娩	回)						
授乳歴	なし	あり	<input type="checkbox"/> 母乳	<input type="checkbox"/> 人工	<input type="checkbox"/> 混合	<input type="checkbox"/> 授乳中					
自覚症状	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない										
既往歴	乳腺の病気	いいえ	はい	部位(	)	年齢	歳				
	その他の病気	いいえ	はい	部位(	)	年齢	歳				
	乳房の手術または豊胸術	いいえ	はい	部位(	)	年齢	歳				
	ホルモン療法	いいえ	はい	<input type="checkbox"/> 現在治療中							
家族歴	あなたの家族(血族)で、乳がんまたは卵巣がんになった方はいますか										

ボールペン等(鉛筆・消えるボールペン不可)で受診者の方に記入をお願いします。

検診結果を記入してください。

医師会が指定する番号のうち、下5桁の番号を記入してください。

検診実施年月日	2	0	年	月	日	
検診結果	<input type="checkbox"/> ①精密検査不要	<input type="checkbox"/> ②要精密検査 すみやかに医療機関で精密検査を受けてください。	<input type="checkbox"/> ③判定不能			
撮影技師記載欄 撮影技師名	医師記載欄					
検診実施医療機関名	医療機関番号					
所在地	電話番号					
偶発症の有無	<input type="checkbox"/> ① 無 <input type="checkbox"/> ② 検診中または検診後に重篤な偶発症あり(死亡を除く) <input type="checkbox"/> ③ 検診中または検診後に重篤な偶発症があり、そのうち偶発症による死亡あり					

## 乳がん検診精密検査

\*健康保険診療で、一部自己負担になります。

実施医療機関	<input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 依頼先医療機関名(
精密検査受診年月日	20 年 月 日
検査所見	マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 腫瘍影 <input type="checkbox"/> 良性石灰化像 <input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化像 <input type="checkbox"/> 局所的非対称性陰影 <input type="checkbox"/> スピキュラ <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の変化 <input type="checkbox"/> その他
	超音波 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常所見あり(
	細胞診 <input type="checkbox"/> Class I <input type="checkbox"/> Class II <input type="checkbox"/> Class IIIa <input type="checkbox"/> Class IIIb <input type="checkbox"/> Class IV <input type="checkbox"/> Class V <input type="checkbox"/> 診断不能 <input type="checkbox"/> 実施せず
	診断組織 <input type="checkbox"/> 非悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> その他(
診断	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 乳がんの疑い <input type="checkbox"/> それ以外の疾患( <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 乳腺炎 <input type="checkbox"/> 慢性乳腺症 <input type="checkbox"/> のう腫 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 原発性がん <input type="checkbox"/> 早期がん(病期) <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> IIIa期 <input type="checkbox"/> IIIb期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他(         )
偶発症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検診中または検診後に重篤な偶発症あり <input type="checkbox"/> 偶発症による死亡

どちらかの方向にチェックをしてください。(受診券に記載されています)

検診マンモグラフィ読影所見	撮影方向 <input type="checkbox"/> ① 一方向撮影 <input type="checkbox"/> ② 二方向撮影
腫瘍 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【部位】 1 MLO右(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC右(①O ②I ③S ④W) 2 MLO左(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC左(①O ②I ③S ④W)
【形状】	①円形あるいは楕円形 ②多角形 ③分葉形 ④不整形
【境界及び辺縁】	①境界明瞭平滑 ②微細分葉状 ③境界不明瞭 ④スピキュラ ⑤評価困難
【濃度】	①含脂肪 ②低濃度 ③等濃度 ④高濃度 ⑤粗大石灰化を伴う
石灰化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 <input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化	【部位】 1 MLO右(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC右(①O ②I ③S ④W) 2 MLO左(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC左(①O ②I ③S ④W)
【形態】	①微小円形 ②淡く不明瞭 ③多形性・不均一 ④微細線状分枝状
【分布】	①びまん性/散在性 ②領域性 ③集簇 ④線状 ⑤区域性
【リンパ節の所見】	①腋窩リンパ節腫大 ②乳房内リンパ節
検診読影判定	<input type="checkbox"/> 異常なし(カテゴリ-1) <input type="checkbox"/> ②良性(カテゴリ-2) <input type="checkbox"/> ③良性、しかし悪性を否定できず(カテゴリ-3) <input type="checkbox"/> ④悪性疑い(カテゴリ-4) <input type="checkbox"/> ⑤悪性(カテゴリ-5) <input type="checkbox"/> ⑥要再撮影(カテゴリ-N4) <input type="checkbox"/> ⑦判定は他の検査方法による(カテゴリ-N4) ※明らかにがんの所見がある場合には、医療に切り替え精密検査受診をすすめてください。
検診読影年月日	判定結果を記入してください。

## クーポン券

クーポン券は、藤沢市提出用(1枚目)の右側、撮影方向チェック欄の下部にホチキスでとめてください。

※受診券は別にまとめてください。(ホチキスどめ不要)

マンモグラフィ二重読影所見	乳房の構成 <input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 極めて高濃度
腫瘍 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【部位】 1 MLO右(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC右(①O ②I ③S ④W) 2 MLO左(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC左(①O ②I ③S ④W) (*全体はWとし、2領域以上にまたがる場合には、主たる占拠部位とする)
【形状】	①円形あるいは楕円形 ②多角形 ③分葉形 ④不整形
【境界及び辺縁】	①境界明瞭平滑 ②微細分葉状 ③境界不明瞭 ④スピキュラ ⑤評価困難
【濃度】	①含脂肪 ②低濃度 ③等濃度 ④高濃度 ⑤粗大石灰化を伴う
石灰化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 <input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別必要な石灰化	【部位】 1 MLO右(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC右(①O ②I ③S ④W) 2 MLO左(①U ②M ③L ④S ⑤X ⑥W) CC左(①O ②I ③S ④W)
【形態】	①微小円形 ②淡く不明瞭 ③多形性・不均一 ④微細線状分枝状
【分布】	①びまん性/散在性 ②領域性 ③集簇 ④線状 ⑤区域性
【リンパ節の所見】	①腋窩リンパ節腫大 ②乳房内リンパ節
二重読影判定	<input type="checkbox"/> ①異常なし(カテゴリ-1) <input type="checkbox"/> ②良性(カテゴリ-2) <input type="checkbox"/> ③良性、しかし悪性を否定できず(カテゴリ-3) <input type="checkbox"/> ④悪性疑い(カテゴリ-4) <input type="checkbox"/> ⑤悪性(カテゴリ-5) <input type="checkbox"/> ⑥要再撮影(カテゴリ-N4) <input type="checkbox"/> ⑦判定は他の検査方法による(カテゴリ-N4)
二重読影年月日	二重読影医師名

二重読影判定結果を記入してください。