

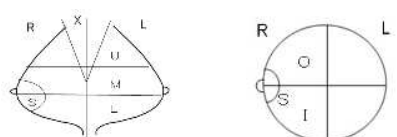
乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

乳がん精密検査依頼書
医療機関長 様
担当医 様

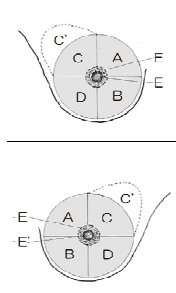
年 月 日

〒885-8555 都城市姫城町6街区21号
都城市 健康課
TEL 0986-23-2765

平素より格別の御指導御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、下記の方は、この度の乳がん検診において要精密検査となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。
なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告書にてご回答くださるようお願い申し上げます。

氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	(〒 ー) 都城市				
検診日	年 月 日		検診受診 医療機関名		
検診番号			検診医		
乳房エックス線異常所見 (図示)		所見 (右)	() 腫瘍 () 石灰化 () 局所的非対称性陰影 () 構築の乱れ () その他 ()		所見 (左) () 腫瘍 () 石灰化 () 局所的非対称性陰影 () 構築の乱れ () その他 ()
			判定: N1, N2, 1, 2, 3, 4, 5		

乳がん精密検査結果報告書
精密検査結果についてご記入のうえ、ご返送くださるようお願い申し上げます。

精密検査内容	貴院での精密検査の有無	1. なし → 【理由】 2. あり → 検査日 (年 月 日) 実施した検査について下段にご記入ください	
	検査の実施状況	1. 乳房エックス線検査 ☐ 実施しない ☐ 実施した 2. 乳房超音波検査 ☐ 実施しない ☐ 実施した 3. その他の画像検査 ☐ 実施しない ☐ 実施した (検査法:) 4. 細胞診 ☐ 実施しない ☐ 実施した 5. 針生検 ☐ 実施しない ☐ 実施した 6. 組織診 ☐ 実施しない ☐ 実施した	
診断区分	i. 乳がん (※ア)	乳がんの診断日 (診断区分を決定した日付): 年 月 日 該当するものにチェックをつけてください ☐ 自施設で治療予定: 年 月 日 → 治療結果判明後に、本状の診断区分に記入し返送してください ☐ 治療を他の医療機関に紹介予定 → 紹介先医療機関から治療結果取得後に、本状の診断区分に記入し返送してください	
	ii. 乳がんなし	該当するものに○をつけてください	1. 0期がん (Tis: 非浸潤癌あるいはPaget病) 2. I期がん (T1N0: 2cm以下でリンパ節転移のないもの) 3. II期以上のがん (腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) 4. 異常を認めず 5. 乳房の転移性腫瘍 (乳房以外の腫瘍からの乳房への転移) 6. 乳房の癌腫以外の腫瘍等 (悪性腫瘍 (※イ) / 良性腫瘍 (※ウ) / その他:) 7. 乳房の良性病変 (※エ) 8. 乳房以外の病変 (悪性腫瘍 (※オ) / その他:) 9. 乳がん疑い または 未確定 (※カ)
	iii. 乳がん疑い または 未確定		病変部位のスケッチ 
	※ア 原発性乳がんと確定診断がついている場合、および転移性であることが明らかでない場合はここに分類してください ※イ 組織診にて診断された乳房に発生したカルチノイド、リンパ腫はここに分類してください ※ウ 結合織性および上皮性混合腫瘍 (線維腺腫等) や非上皮性良性腫瘍はここに分類してください ※エ 乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症などはここに分類してください ※オ 精密検査にて乳房には病変がない悪性腫瘍はここに分類してください (例: 食道がん、肝臓がん) ※カ 精密検査受診者のうち、検査結果が乳がん疑いのある者、または精密検査が継続中で検査結果が確定していない者はここに分類してください		
その後の処置	1. なし : 2年後の乳がん検診に戻す 2. 経過観察: 次回 _____ カ月後予定		
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	1. なし 2. あり : 内容 () 予後 ☐ 生存 ☐ 死亡		
記載年月日	年 月 日		
医療機関名	医師名		

(令和7年5月現在)

御記入いただきました情報は厳重に管理・保管し、検診事業に係る目的 (検診結果報告、精度管理等) 以外には利用しません。