

Bell-net 乳がん検診受診票

ID. _____

※赤枠内をご記入の上、お持ち下さい。

住所	□□□□-□□□□		
健康手帳	新規 交付	持参	再交付
(フリガナ)	電話 () -		
氏名	生年 月日	大 昭 平	年 月 日生 (満 歳)

(A) マンモグラフィ 記録票	撮影年月日	平成	年	月	日
撮影方法	1 MLO(内外斜位方向撮影) 2 CC(頭尾方向撮影)				
フィルムの評価	1 読撮可能 2 読撮不可能 (1 体動 2 撮影条件不良 3 ポジショニング不良 4 その他())				
乳腺の評価	1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 高濃度				
第1読撮【読撮日：平成 月 月 日】		第2読撮【読撮日：平成 年 月 日】			
右 MLO	左 MLO	右 MLO	左 MLO	右 MLO	左 MLO
所見と判定		所見と判定			
右	左	右	左	右	左
腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()	腫瘍 ()
石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()	石灰化 ()
その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()	その他 ()
カテゴリー	カテゴリー	カテゴリー	カテゴリー	カテゴリー	カテゴリー
1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性	1: 異常なし 2: 良性 3: 良性、しかし悪性を否定できない 4: 悪性の疑い 5: 悪性
比較読撮 1あり 2なし	(経時的変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快)		比較読撮 1あり 2なし	(経時的変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快)	
医師名: ()			医師名: ()		
マンモグラフィ判定	1 精検不要		2 要精検		

問 診	1; 既往歴及び家族歴	① 乳がん検診を受けたことがありますか。	1. ない 2. ある (前回 年 月頃)
	② 乳がん検診で異常を指摘されたことがありますか	1. ない 2. ある	
問 診	③ 乳房の病気をしたことがありますか。	1. ない 2. ある (歳: 病名)	
	④ 家族 (血族) に『乳がん』の人がいましたか。	1. いない 2. いる (続柄:)	
	⑤ その他 ア. 最終月経はいつですか。	1. 閉経前 (年 月 日) 2. 閉経後 (歳)	
	イ. 閉経について	1. ない 2. ある	
	ウ. 出産歴について	1. ない 2. ある (回)	
	⑥ ペースメーカーの有無	1. ない 2. ある	
	⑦ 手術をしたことがありますか。	1. ない 2. ある (心臓ペースメーカー・豊胸手術・その他)	
	2; 現在の状況	① 乳房の自己触診をしていますか。	1. いない 2. いる (年くらい前から)
	② 乳房の痛みがありますか。	1. ない 2. ある (右・左)	
	③ 乳房にしこりがありますか。	1. ない 2. ある (右・左)	
④ 乳首の変形がありますか。	1. ない 2. ある (右・左)		
⑤ 乳首からの分泌がありますか。	1. ない 2. ある (右・左)		
⑥ 月経のとき、乳房に痛み・しこりがありますか。	1. ない 2. ある (右・左)		
⑦ 授乳中ですか。	1. いいえ 2. はい		

(B) 視診・触診 記録票	実施年月日	平成	年	月	日
所見	右	左	腫瘍の大きさ (cm × cm)		
腫瘍	- +	- +	左右非対象 (- +)		
皮膚状態	えくぼ症状	- +	- +	腫瘍の大きさ (cm × cm)	
	発赤	- +	- +	左右非対象 (- +)	
	浮腫	- +	- +		
乳頭	潰瘍	- +	- +		
	変形	- +	- +		
リンパ節	びらん	- +	- +		
	分泌物 (該当するものを○で囲む)	- +	- +		
鎖骨窩腫脹	- +	- +			
腋窩腫脹	- +	- +			
視診・触診判定	1 異常認めず		2 要精検		
担当医師名					

総合判定	1 異常認めず	2 要精検 (精検依頼先医療機関名:)		
総合判定年月日	平成	年	月	日
判定医師名				
備考				