

奈良県乳がん検診実施要領 新旧対照表

改正後	現行
<p style="text-align: center;">奈良県乳がん検診実施要領</p> <p>(略)</p> <p>3. 対象者            当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の女性。<u>なお、受診を特に推奨する者を40歳以上69歳以下の者とする。対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u></p> <p>4. 検診項目及び各検診項目における留意点            検診項目は、<u>質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、(1)「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）とする。</u></p> <p>(略)</p> <p>(1) <u>質問は、現在の症状、月経に関する事項及び妊娠の可能性の有無等を必ず聴取し、かつ、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、乳房エックス線検査の実施の可否に係る事項等を聴取する。質問の主な役割は対象者の選別であり（症状があれば診療を勧める）、質問のみで精密検査の有無の判定をしてはならない。なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙（様式1）を記載させることをもって代えることができる。</u></p>	<p style="text-align: center;">奈良県乳がん検診実施要領</p> <p>(略)</p> <p>3. 対象者            当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の女性。</p> <p>4. 検診項目及び各検診項目における留意点            検診項目は、<u>問診、乳房エックス線検査（マンモグラフィ）とする。</u></p> <p>(略)</p> <p>(1) <u>問診は、乳がん等家族歴、既往歴に加え、妊娠、分娩、月経状況、しこりや異常分泌等の乳房の状態、過去の検診受診状況等について別添乳がん検診票に基づき聴取する。問診の主な役割は対象者の選別であり（症状があれば診療を勧める）、質問のみで精密検査の有無の判定をしてはならない。</u></p>

(2) 乳房エックス線検査

(略)

ウ. マンモグラムの読影は、適切な読影環境の下において、二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも1名は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会<sup>注</sup>を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けている\*こととし、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影することが望ましい。

読影結果の判定は、腫瘍性病変、石灰化所見、その他の異常所見についてカテゴリ分類で判定する。

なお、乳房エックス線検査は、「マンモグラフィによる乳がん検診の手引きー精度管理マニュアルー第7版」（日本医事新報社・令和2年2月27日）による。

5. 検診項目

(略)

エ. 検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、乳房エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。

①検診の実施に関し、事前に乳房エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書（様式2）を作成し、市町村に提出する。なお、市町村が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。

②緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

③乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

④乳房エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するととも

(2) 乳房エックス線検査

(略)

ウ. マンモグラムの読影は、適切な読影環境の下において、二重読影を行い、読影に従事する医師のうち少なくとも1名は乳房エックス線写真読影に関する適切な講習会<sup>注</sup>を修了し、その評価試験でAまたはBの評価を受けている\*こととし、二重読影の所見に応じて、過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影することが望ましい。

読影結果の判定は、腫瘍性病変、石灰化所見、その他の異常所見についてカテゴリ分類で判定する。

なお、乳房エックス線検査は、「マンモグラフィによる乳がん検診の精度管理マニュアル」による。

5. 検診項目

(略)

(新設)

に、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

⑤検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

## 6. 検診方法

### (1) 受診票の交付

市町村は、乳がん検診を希望するものに検診の趣旨、個別・集団方式、エックス線検査の説明等をするとともに乳がん検診受付名簿（様式3）を作成し、様式4-1、様式4-2、様式4-3、様式4-4を交付する。

### (2) 検診の実施

個別検診において医療機関は、市町村が発行する受診票を提示した者について検診を実施する。

また、集団検診においては、市町村はあらかじめ受診申し込みのあった者に対して検診を実施する。

ア. 受診者は、様式4-1、様式4-2、様式4-3、様式4-4を提出し、マンモグラフィの撮影を受ける。

イ. 乳がん検診票（様式4-2）により問診を行い、マンモグラム読影票（様式5）に基づき読影（第1読影）する。この際、過去のマンモグラムとの比較読影を行うことが望ましい。

ウ. 第2読影者が、マンモグラム読影票（様式5）により読影を行い、決定区分に記入する。

エ. 診察結果は、総合判定後、乳がん検診結果通知（兼）請求書（様式4-3）に記載し、市町村へ報告する。その際、精密検査が必要な

## 6. 検診方法

### (1) 受診票の交付

市町村は、乳がん検診を希望するものに検診の趣旨、個別・集団方式、エックス線検査の説明等をするとともに乳がん検診受付名簿（様式1）を作成し、様式2-1、様式2-2、様式2-3、様式2-4を交付する。

### (2) 検診の実施

個別検診において医療機関は、市町村が発行する受診票を提示した者について検診を実施する。

また、集団検診においては、市町村はあらかじめ受診申し込みのあった者に対して検診を実施する。

ア. 受診者は、様式2-1、様式2-2、様式2-3、様式2-4を提出し、マンモグラフィの撮影を受ける。

イ. 乳がん検診票（様式2-2）により問診を行い、マンモグラム読影票（様式3）に基づき読影（第1読影）する。この際、過去のマンモグラムとの比較読影を行うことが望ましい。

ウ. 第2読影者が、マンモグラム読影票（様式3）により読影を行い、決定区分に記入する。

エ. 診察結果は、総合判定後、乳がん検診結果通知（兼）請求書（様式2-3）に記載し、市町村へ報告する。その際、精密検査が必要な

場合は、マンモグラム読影票（精密検査機関用、様式5-3）を同封する。

なお、同一日にマンモグラムの二重読影ができない場合は、後日第2読影者が読影を行い、判定後結果通知を行う。

(略)

### (3) 結果判定及び通知

ア. 検診の結果には、問診、乳房エックス線検査所見等を総合的に判断して、指導区分の「要精検」又は「精検不要」を判定する。

イ. 結果通知は、個別検診にあつては当該医療機関において、集団検診にあつては市町村において本人に通知する。

ウ. 市町村は、乳がん検診受付連簿（様式3）に判定結果を整理し、事後指導を行う。

### (4) 精密検査の実施

ア. 要精検となった者は、乳がん検診要精検者名簿（様式6）に整理し、乳がん検診票（兼）結果通知書（精密検査機関用、様式4-4）及びマンモグラム読影票（精密検査機関用、様式5-3）を添えて、精密検査機関に紹介する。その際、精検の必要性について、受診者に十分説明すること。なお、要精検となった者が精密検査を受診する際には、被曝や医療資源の有効利用の観点から、可能な限りマンモグラムを検診実施機関から借り受け、精密検査実施医療機関に持参するよう指導すること。

(略)

場合は、マンモグラム読影票（精密検査機関用、様式3-3）を同封する。

なお、同一日にマンモグラムの二重読影ができない場合は、後日第2読影者が読影を行い、判定後結果通知を行う。

(略)

### (3) 結果判定及び通知

ア. 検診の結果には、問診、乳房エックス線検査所見等を総合的に判断して、指導区分の「要精検」又は「精検不要」を判定する。

イ. 結果通知は、個別検診にあつては当該医療機関において、集団検診にあつては市町村において本人に通知する。

ウ. 市町村は、乳がん検診受付連簿（様式1）に判定結果を整理し、事後指導を行う。

### (4) 精密検査の実施

ア. 要精検となった者は、乳がん検診要精検者名簿（様式4）に整理し、乳がん検診票（兼）結果通知書（精密検査機関用、様式2-4）及びマンモグラム読影票（精密検査機関用、様式3-3）を添えて、精密検査機関に紹介する。その際、精検の必要性について、受診者に十分説明すること。なお、要精検となった者が精密検査を受診する際には、被曝や医療資源の有効利用の観点から、可能な限りマンモグラムを検診実施機関から借り受け、精密検査実施医療機関に持参するよう指導すること。

(略)

オ. 精密検査実施医療機関は、要精検者の精密検査結果を乳がん精密検査票（検診機関用様式7-2、又は市町村用様式7-3）に記載し市町村または、検診機関に報告する。

#### 7. 乳がんの予防についての指導

乳がんは、日常の健康管理としてのブレスト・アウェアネスを通じて、しこり（腫瘍）が触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。従って、市町村は、検診の場で受診者に対し、定期的な乳房エックス線検査による乳がん検診を受診することの重要性だけでなく、ブレスト・アウェアネスや、気になる症状がある場合の速やかな医療機関の受診、またその際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について啓発普及を努める。

#### 8. 精度管理

- (1) 検診実施機関については、国の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月)。以下「報告書」という。)の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」を満たしていることを基本とする。
- (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領によるものとする。

(略)

オ. 精密検査実施医療機関は、要精検者の精密検査結果を乳がん精密検査票（検診機関用様式5-2、又は市町村用様式5-3）に記載し市町村または、検診機関に報告する。

#### 7. 乳がんの予防についての指導

乳がんは、日常の健康管理の一環として自己触診によって、しこり（腫瘍）が触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。従って、市町村は、検診の場で受診者に対し、定期的な乳房エックス線検査による乳がん検診を受診することの重要性だけでなく、乳がんの自己触診の方法、しこりを触れた場合の速やかな医療機関の受診、またその際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について啓発普及を努める。

#### 8. 精度管理

- (1) 検診実施機関については、国の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月)。以下「報告書」という。)の「事業評価のためのチェックリスト【検診実施機関用】」(別添)を満たしていることを基本とする。
- (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領(平成23年4月1日作成)によるものとする。

(略)

## 10. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年 5 月 30 日 法律第 57 号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年 4 月 14 日 厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

(略)

(附則)

この改正後の要領は、平成 31 年 4 月 1 日より施行する。

この改正後の要領は、令和 年 月 日より施行する。

## 10. 個人情報の保護

この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律（平成 15 年 5 月 30 日 法律第 57 号）」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成 16 年 12 月 24 日 [平成 18 年 4 月改正、平成 22 年 9 月改正] 厚生労働省）」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。

(略)

(附則)

この改正後の要領は、平成 31 年 4 月 1 日より施行する。

別添 乳がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

(削除)

別添 乳がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

別添 乳がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】

1. 受診者への説明

- (1) 要精密検査となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせているか
- (2) 精密検査の方法や内容について説明しているか
- (3) 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取り扱いについて、受診者に対し十分な説明を行っているか

2. 問診および撮影の精度管理

- (1) 検診項目は、問診、マンモグラフィ検査としているか
- (2) 問診記録は少なくとも5年間は保存しているか
- (3) 乳房エックス線撮影装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準注1)を満たしているか
- (4) 乳房エックス線撮影における線量および写真の画質について、第三者による外部評価をうけているか
- (5) 撮影技師はマンモグラフィの撮影に関する適切な研修注2)を修了しているか

3. 読影の精度管理

- (1) マンモグラフィ読影講習会注2)を修了し、その評価試験の結果がA またはB である者が、読影に従事しているか
- (2) 読影はダブルチェックを行っているか(うち1人はマンモグラフィの読影に関する適切な研修注2)を修了しその評価試験の結果がAまたはBである)
- (3) マンモグラフィ写真は少なくとも3年間は保存しているか
- (4) 検診結果は少なくとも5年間は保存しているか

4. システムとしての精度管理

- (1) 精密検査結果及び治療注3)結果の報告を、精密検査実施機関から受けているか
- (2) 診断のための検討会や委員会(第三者の乳がん専門家を交えた会)を設置しているか
- (3) 都道府県がプロセス指標(受診率、要精密検査率、精密検査率、がん発見率、陽性反応適中度)に基づく検討ができるようデータを提出しているか
- (4) 実施主体へのがん検診の集計・報告は、地域保健・健康増進事業報告に必要な項目で集計しているか

注1) 乳がん検診に用いるエックス線装置の仕様基準：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き—精度管理マニュアル第3版参照

注2) マンモグラフィ撮影、読影及び精度管理に関する基本講習プログラムに準じた講習会  
基本講習プログラムに準じた講習会とは、検診関連6学会(日本乳癌検診学会、日本乳癌学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本放射線技術学会、日本医学物理学会)から構成されるマンモグラフィ検診精度管理中央委員会の教育・研修委員会の行う講習会等をいう。なお、これまで実施された「マンモグラフィ検診の実施と精度向上に関する調査研究」班、「マンモグラフィによる乳がん検診の推進と精度向上に関する調査研究」班および日本放射線技術学会乳房撮影ガイドライン・精度管理普及班による講習会等を含む

注3) 組織や病期把握のための治療など

出典：「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月))

様式 1

<様式 1>

乳がん検診質問票

(氏名)  
(生年月日) 年 月 日

① 今までに乳がん検診 (マンモグラフィ) を受けたことがありますか。  
受けたことがある ・ 受けていない

(最後に受けた時期は: 年前  
/どこで: 市町村の検診・職場の健診・人間ドック・病院等・その他 ( ))

↓  
その時、異常があると言われましたか。  
はい (その結果は: ) ・ いいえ

② 乳房の病気ににかかったことはありますか。

ある ・ ない

↓  
それは、何の病気ですか。当てはまるものに○をつけてください。  
乳がん・乳腺症・その他 (病名: )

③ 血縁者に乳がんになった方はいますか。

いる ・ いない

↓  
(続柄: )

④ 現在、以下のような乳房に関する症状はありますか。当てはまるものに○をつけてください。

ある ・ ない

↓  
しこり・痛み・乳頭分泌・その他の気になる症状 ( )

⑤ 月経はありますか。

ある ・ ない

↓ ↓  
(最終月経 年 月 日) (閉経の場合: 歳)

⑥ 現在妊娠している・または妊娠の可能性がありますか。

ある ・ ない

↓  
(妊娠週数 週 / 最終月経 年 月 日)

⑦ 以下に該当するものはありますか。当てはまるものに○をつけてください。

ある ・ ない

↓  
豊胸術実施者 ・ ベースメーカー装着者 ・ V-Pシャント施行者

※いただいた情報は、がん検診の実施目的以外には使用いたしません。

(新設)

## 様式2

<様式2>

乳がん検診実施計画書

年 月 日

市町村長 様

検診実施機関住所 \_\_\_\_\_

(法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 \_\_\_\_\_

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話 - - (担当者名 )

下記のとおり、乳がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 -
	TEL - - FAX - -
2 検診実施期間 <sup>※1</sup>	年 月 日 時～ 時
3 検診実施場所 <sup>※1</sup> (検診車による巡回検診である場合は、その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に対応する医師 <sup>※2</sup>	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。

(新設)



## 様式4-1

様式4-1

乳がん検診票

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)		生年月日	年 月 日生 歳
住所	電話 ( ) -		
委託機関名		検診項目	マンモグラフィ

下記には下敷きを入れて記入してください

上記の者の乳がん検診を依頼します。

年 月 日

委託医療機関の長 殿

実施市町村所在地  
市町村長名

受診される方は次のことに注意してください。

1. この受診票は、本人以外には使用できません。
2. 検査の前に乳房エックス線検査（マンモグラフィ）の説明書をお読みください。
3. 次の調査欄に記入の上、この受診票に自己負担額（ ）円を添えて受診する医療機関の窓口へ提出してください。
4. 受診の際は健康手帳または乳房手帳を持参してください。
5. 受診結果については、受診された医療機関でお聞きください。
6. 受診の結果、他の疾患がある場合は、健康保険証を必要としますので持参してください。
7. 有効期限内に受診してください。

有効期限

年 月末

## 様式2-1

様式2-1

乳がん検診票

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)		生年月日	年 月 日生 歳
住所	電話 ( ) -		
委託機関名		検診項目	マンモグラフィ

下記には下敷きを入れて記入してください

上記の者の乳がん検診を依頼します。

年 月 日

委託医療機関の長 殿

実施市町村所在地  
市町村長名

受診される方は次のことに注意してください。

1. この受診票は、本人以外には使用できません。
2. 検査の前に乳房エックス線検査（マンモグラフィ）の説明書をお読みください。
3. 次の調査欄に記入の上、この受診票に自己負担額（ ）円を添えて受診する医療機関の窓口へ提出してください。
4. 受診の際は健康手帳または乳房手帳を持参してください。
5. 受診結果については、受診された医療機関でお聞きください。
6. 受診の結果、他の疾患がある場合は、健康保険証を必要としますので持参してください。
7. 有効期限内に受診してください。

有効期限

年 月末

様式 4-2

様式 4-2

乳がん検診票 (医療機関用)

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住所	電話 ( ) -	
委託機関名	検診項目	マンモグラフィ

問診項目	
月 経	最終月経 月 日から 日間 (順・不順)、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	現在妊娠している、または妊娠の可能性の有無 無・有 (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日) 妊娠 回、出産 回 (最終出産年齢 歳)
分 娩	最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) すい臓がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) 前立腺がん : 無・有 → 本人との続柄 ( )
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) その他の大きな病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名 )、 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) しこり : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) → <b>原則として症状のある人は検診ではなく医療機関を受診してください。</b> 異常分泌 : 無・有 (左・右、年 月 日頃から)
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 日頃からの自身の乳房への関心 (プレスト・アウェアネス) : (持っている・持っていない)
その他	豊胸術 (受けたことがある・受けたことがない) 心臓ペースメーカー (使用している・使用していない) V-Pシャント (使用している・使用していない)

マンモグラフィ	
カテゴリ分類 (二重読影結果: 第1/第2)	
右:	/
左:	/
指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容: )  ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい (例: 検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地  名称  代表者又は 担当医名

様式 2-2

様式 2-2

乳がん検診票 (医療機関用)

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( ) -	
委託機関名	検診項目	マンモグラフィ

問診項目	
月 経	最終月経 月 日から 日間 (順・不順)、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	妊娠 回、出産 回 (最終出産年齢 歳)
分 娩	最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) すい臓がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) 前立腺がん : 無・有 → 本人との続柄 ( )
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) その他の大きな病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名 )、 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) しこり : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) → <b>原則として症状のある人は検診ではなく医療機関を受診してください。</b> 異常分泌 : 無・有 (左・右、年 月 日頃から)
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 自己検診 (毎月・時々・無)

マンモグラフィ	
カテゴリ分類 (二重読影結果: 第1/第2)	
右:	/
左:	/
指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容: )  ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい (例: 検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地  名称  代表者又は 担当医名

### 様式 4-3

様式 4-3

乳がん検診結果通知 (兼) 請求書 (市町村用)

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住所	電話 ( ) -	
委託機関名	検診項目	マンモグラフィ

問診項目

月 経	最終月経 月 日から 日間 (順・不順)、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	現在妊娠している、または妊娠の可能性の有無 無・有 (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日) 妊娠 回、出産 回 (最終出産年齢 歳)
分 娩	最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) すい臓がん: 無・有 → 本人との続柄 ( ) 前立腺がん: 無・有 → 本人との続柄 ( )
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名)、 歳の時) その他の大きな病気: 無・有 (病名)、 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名)、 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) しこり : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) 異常分泌: 無・有 (左・右、年 月 日頃から) } → <b>原則として症状のある人は 検診ではなく医療機関を受診してください。</b>
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 日頃からの自身の乳房への関心 (プレスト・アウェアネス) : (持っている・持っていない)
その他	豊胸術 (受けたことがある・受けたことがない) 心臓ペースメーカー (使用している・使用していない) V-Pシャント (使用している・使用していない)

マンモグラフィ

カテゴリ分類 (二重読影結果: 第1/第2)

右: /  
左: /

指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容: )  ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい。 (例: 検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地  名称  代表者又は 担当医名

### 様式 2-3

様式 2-3

乳がん検診結果通知 (兼) 請求書 (市町村用)

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( ) -	
委託機関名	検診項目	マンモグラフィ

問診項目

月 経	最終月経 月 日から 日間 (順・不順)、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	妊娠 回、出産 回 (最終出産年齢 歳)
分 娩	最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) すい臓がん: 無・有 → 本人との続柄 ( ) 前立腺がん: 無・有 → 本人との続柄 ( )
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名)、 歳の時) その他の大きな病気: 無・有 (病名)、 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名)、 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) しこり : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、年 月 日頃から) 異常分泌: 無・有 (左・右、年 月 日頃から) } → <b>原則として症状のある人は 検診ではなく医療機関を受診してください。</b>
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 自己検診 (毎月・時々・無)

マンモグラフィ

カテゴリ分類 (二重読影結果: 第1/第2)

右: /  
左: /

指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容: )  ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。)の有無及びその内容について記載して下さい。 (例: 検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地  名称  代表者又は 担当医名

### 様式 4-4

様式 4-4

乳がん検診票（兼）結果通知書（精密検査機関用）

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住所	電話 ( ) -	
委託機関名	検診項目	マンモグラフィ

問診項目	
月 経	最終月経 月 日から 日間（順・不順）、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	現在妊娠している、または妊娠の可能性の有無 無・有 (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日) 妊娠 回、出産 回 (最終出産年齢 歳)
分 娩	最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) すい臓がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) 前立腺がん : 無・有 → 本人との続柄 ( )
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) その他の大きな病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名 )、 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) しこり : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) } → <b>原則として症状のある人は 検診ではなく医療機関を受 診してください。</b> 異常分泌 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から)
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 日頃からの自身の乳房への関心 (プレスト・アウェアネス) : (持っている・持っていない)
その他	豊胸術 (受けたことがある・受けたことがない) 心臓ペースメーカー (使用している・使用していない) V-Pシャント (使用している・使用していない)

マンモグラフィ

カテゴリー分類 (二重読影結果: 第1/第2)

右: /  
左: /

指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容: )  ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい。 (例: 検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地  名称  代表者又は 担当医名

### 様式 2-4

様式 2-4

乳がん検診票（兼）結果通知書（精密検査機関用）

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( ) -	
委託機関名	検診項目	マンモグラフィ

問診項目	
月 経	最終月経 月 日から 日間（順・不順）、初経 歳、閉経 歳
妊 娠	妊娠 回、出産 回 (最終出産年齢 歳)
分 娩	最終授乳年齢 歳
家 族 歴	乳がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) ※男性乳がんも含む 卵巣がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) すい臓がん : 無・有 → 本人との続柄 ( ) 前立腺がん : 無・有 → 本人との続柄 ( )
既 往 歴	乳房の病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) その他の大きな病気 : 無・有 (病名 )、 歳の時) 産婦人科の手術 : 無・有 (病名 )、 歳の時)
自覚症状	痛み : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) しこり : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) 変形 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から) } → <b>原則として症状のある人は 検診ではなく医療機関を受 診してください。</b> 異常分泌 : 無・有 (左・右、 年 月 日頃から)
検診・検査歴	前回の検診・検査 (無・有 → マモグラフィ・エコー・視触診 を 年前に実施) 自己検診 (毎月・時々・無)

マンモグラフィ

カテゴリー分類 (二重読影結果: 第1/第2)

右: /  
左: /

指導区分 精検不要 ・ 要精検	検診中・検診後の重篤な偶発症 無・有 (具体的内容: )  ※検診中または検診後、明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要する者に限る。) の有無及びその内容について記載して下さい。 (例: 検査中の圧迫による骨折等)。
精密検査希望医療機関名	受託医療機関 所在地  名称  代表者又は 担当医名

様式 5

様式 5 (3枚複写)  
 様式 5-1 (検診機関用)  
 5-2 (自治体用)  
 5-3 (精密検査機関用)

マンモグラム読影票

フィルム番号 \_\_\_\_\_

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (7桁)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( )	<input type="checkbox"/> 1方向 (内外斜位) <input type="checkbox"/> 2方向 (内外斜位、頭尾)
第1読影日	年 月 日	第2読影日
	年 月 日	年 月 日

所見について、以下に記載してください。

マンモグラフィ所見	一次読影		二次読影	
	病変: R・L	部位: U・M・L・S・X・W	病変: R・L	部位: U・M・L・S・X・W
腫瘍	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)
石灰化	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)
その他の所見	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節
評 乳 腺	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度

判定・指示比較	右	1	2	3	4	5	N1	N2	右	1	2	3	4	5	N1	N2
	左	1	2	3	4	5	N1	N2	左	1	2	3	4	5	N1	N2
比較	1. 異常なし 2. 良性 3. 良性、悪性を否定できず N1. 要マンモグラフィ再検 N2. マンモグラフィ無効、他の検査等で判定								4. 悪性疑い 5. 悪性							
比較読影	比較読影 (あり・なし) 経時的変化 (憎悪・不変・軽快)								比較読影 (あり・なし) 経時的変化 (憎悪・不変・軽快)							
読影医	精検不要								要精密検査							
判定総合	精検不要								要精密検査							
重篤な病変	無・有 (具体的内容)								医療機関名 _____ 医師名 _____							

様式 3

様式 3 (3枚複写)  
 様式 3-1 (検診機関用)  
 3-2 (自治体用)  
 3-3 (精密検査機関用)

マンモグラム読影票

フィルム番号 \_\_\_\_\_

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (7桁)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( )	<input type="checkbox"/> 1方向 (内外斜位) <input type="checkbox"/> 2方向 (内外斜位、頭尾)
第1読影日	年 月 日	第2読影日
	年 月 日	年 月 日

所見について、以下に記載してください。

マンモグラフィ所見	一次読影		二次読影	
	病変: R・L	部位: U・M・L・S・X・W	病変: R・L	部位: U・M・L・S・X・W
腫瘍	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)	【単発・多発】 大きさ: 長径 ( ) cm 形状: 円形・楕円形・多角形・分葉状・不整形 ( ) 辺 縁: 境界明瞭・微細分葉状・境界不明瞭・スピキュラ・評価困難 濃 度: 含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度 随伴する石灰化 (あり・なし) その他の所見 (あり・なし)
石灰化	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)	<input type="checkbox"/> 明らかな良性石灰化 皮膚・血管・繊維腺腫・乳管拡張症・円形石灰化・中心透光性・石化乳・その他 ( ) <input type="checkbox"/> 良性性の鑑別必要な石灰化 形態: 微小円形・不明瞭・多形性・微細線状分枝状分布; 散在性・領域性・集簇性・区域性・線状 随伴するその他の所見 (あり・なし)
その他の所見	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節	<input type="checkbox"/> 乳腺実質の所見 梁柱の肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 (ABT)・局所的非対称性陰影 (FAD)・構築の乱れ <input type="checkbox"/> 皮膚の所見 皮膚陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変 <input type="checkbox"/> リンパ節所見 腫大腋窩リンパ節・乳房内リンパ節
評 乳 腺	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度	脂肪性 乳腺散在 不均一高濃度 極めて高濃度

判定・指示比較	右	1	2	3	4	5	N1	N2	右	1	2	3	4	5	N1	N2
	左	1	2	3	4	5	N1	N2	左	1	2	3	4	5	N1	N2
比較	1. 異常なし 2. 良性 3. 良性、悪性を否定できず N1. 要マンモグラフィ再検 N2. マンモグラフィ無効、他の検査等で判定								4. 悪性疑い 5. 悪性							
比較読影	比較読影 (あり・なし) 経時的変化 (憎悪・不変・軽快)								比較読影 (あり・なし) 経時的変化 (憎悪・不変・軽快)							
読影医	精検不要								要精密検査							
判定総合	精検不要								要精密検査							
重篤な病変	無・有 (具体的内容)								医療機関名 _____ 医師名 _____							



様式 7

様式 7 (3枚複写)  
様式 7-1  
7-2 検査機関用  
7-3 市町村用

乳がん精密検査票

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( ) -	
医療機関名		

精密検査結果を下記にご記入の上、様式7-2及び3を一次検診医療機関へご返送ください。

1. 検査項目 (実施したすべての検査に☑してください)

マンモグラフィ    超音波    穿刺吸引細胞診

針生検    組織診    その他 ( )

2. 精密検査結果  
診断区分 (該当項目に○をつけてください)

① 異常認めず ※1	② (再掲) 乳がんであった者 (転移性を含まない)		③ 乳がん疑いまたは未確定 ※2	④ 乳がん以外の疾患 (転移性の乳がんを含む) ※3
	②-1 乳がんのうち早期がん	②-2 早期がんのうち非浸潤がん		
診断日 (診断区分を決定した日)				年 月 日

※1 精密検査受診者のうち、乳房に病変がない悪性腫瘍 (例: 食道がん、肝臓がん) や②③④以外の者は①に分類してください。

※2 精密検査受診者のうち、乳がん疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分③に分類してください。「3. その後の処置」が「治療済み」の場合は診断区分③に分類せず、最終診断の区分をお書きください。

※3 精密検査受診者のうち、乳房の転移性腫瘍、乳房の癌腫以外の腫瘍等、乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症等は④に分類してください。

3. その後の処置

なし (次回の乳がん検診を受けてください)

定期的に経過観察が必要 → ( ) ヶ月後予定

治療が必要 → 治療内容 ( )

治療済み → ( 年 月 日) 治療内容 ( )

他院に紹介 → 紹介先医療機関 ( )

4. 精検に伴う偶発症の有無

無

有 内容 ( )

重症度 ( 軽度 ・ 中等度 ・ 重症 )

5. 備考

精密検査受診日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

精密検査実施医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月14日付け閣議第534号・医政第0414第6号・産生第0414第1号・老発第0414第1号個人情報保護委員会事務局、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知)において、本人の同意を得る必要はないとされています

様式 5

様式 5 (3枚複写)  
様式 5-1  
5-2 検査機関用  
5-3 市町村用

乳がん精密検査票

受付番号 \_\_\_\_\_ 検診日: \_\_\_\_\_ 年 月 日 市町村名 \_\_\_\_\_

氏名 (フリガナ)	生年月日	年 月 日生 歳
住 所	電話 ( ) -	
医療機関名		

精密検査結果を下記にご記入の上、様式5-2及び3を一次検診医療機関へご返送ください。

1. 検査項目 (実施したすべての検査に☑してください)

マンモグラフィ    超音波    穿刺吸引細胞診

針生検    組織診    その他 ( )

2. 精密検査結果  
診断区分 (該当項目に○をつけてください)

① 異常認めず ※1	② (再掲) 乳がんであった者 (転移性を含まない)		③ 乳がん疑いまたは未確定 ※2	④ 乳がん以外の疾患 (転移性の乳がんを含む) ※3
	②-1 乳がんのうち早期がん	②-2 早期がんのうち非浸潤がん		
診断日 (診断区分を決定した日)				年 月 日

※1 精密検査受診者のうち、乳房に病変がない悪性腫瘍 (例: 食道がん、肝臓がん) や②③④以外の者は①に分類してください。

※2 精密検査受診者のうち、乳がん疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、診断区分③に分類してください。「3. その後の処置」が「治療済み」の場合は診断区分③に分類せず、最終診断の区分をお書きください。

※3 精密検査受診者のうち、乳房の転移性腫瘍、乳房の癌腫以外の腫瘍等、乳房に発生した腫瘍様病変 (乳管拡張症等)、乳腺症等は④に分類してください。

3. その後の処置

なし (次回の乳がん検診を受けてください)

定期的に経過観察が必要 → ( ) ヶ月後予定

治療が必要 → 治療内容 ( )

治療済み → ( 年 月 日) 治療内容 ( )

他院に紹介 → 紹介先医療機関 ( )

4. 精検に伴う偶発症の有無

無

有 内容 ( )

重症度 ( 軽度 ・ 中等度 ・ 重症 )

5. 備考

精密検査受診日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

精密検査実施医療機関名 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」(平成22年9月17日改正) 厚生労働省において、本人の同意を得る必要はないとされています