

請 求 用

住所 広島市 区	町 丁目 番 号	☐ 一般 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 70歳以上の方であることの証明書 ☐ 無料クーポン ☐ 被保護者証明書(夜間・休日等受診用) ☐ 市民税非課税世帯であることの証明書
※受診者本人が、次の住所氏名等欄にボールペンで記入してください。 ※医療機関の方は 所は必ず記入してください。		
カナ氏名	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 歳
漢字氏名	TEL	
乳がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある		
受診券番号	← 受診券を忘れた場合のみ記入	

乳がん検診問診票・結果票 (B)

※乳がん検診は2年に1回です。今年度受診された方は来年度受けることができません。
 ※次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

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. 初めて 2. 受けたことがある (前回 年 月頃)
(2) 乳房の病気をしたことがありますか。	1. ない 2. ある (歳の時: 病名) 手術をしましたか 1. した 2. していない
(3) 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)
2. 月経及び授乳に関すること	
(1) 閉経について	1. 閉経前 2. 閉経後 (歳の時に閉経) 閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか。 (月 日から 日間)
(2) 現在、授乳中ですか。	1. いいえ 2. はい
3. 現在の症状	
(1) 乳房の自己検診をしていますか。	1. していない 2. している (年くらい前から)
(2) 乳房に痛みがありますか。	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) 乳頭の変形がありますか。	1. ない 2. ある (右 ・ 左)
(5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか。	1. ない 2. ある (右 ・ 左) (出血 ・ 乳汁 ・ その他)
4. その他確認事項	
(1) 何らかの医療機器 (ペースメーカー等) を挿入していますか。	1. いない 2. いる
(2) 豊胸手術を受けていますか。	1. いない 2. いる

この検診は、広島市が実施している事業です。
 受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

【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) [受診日時時点で50歳未満のみ実施] 3 撮影不能
マンモグラフィ実施医療機関名	
マンモグラフィ実施医療機関所在地	
フィルムの評価	1 読影可能 2 読影不可能 (1 体動 2 撮影条件不良 3 ポジショニング不良 4 その他 ())
第1読影 [読影日: 平成 年 月 日]	第2読影 [読影日: 平成 年 月 日]
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 右MLO 左MLO 右CC 左CC	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 右MLO 左MLO 右CC 左CC
所見と判定 右 左 腫 瘤 () 腫 瘤 () 石灰化 () 石灰化 () その他 () その他 ()	所見と判定 右 左 腫 瘤 () 腫 瘤 () 石灰化 () 石灰化 () その他 () その他 ()
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	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
比較読影 1 あり (経時的変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2 なし	比較読影 1 あり (経時的変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2 なし
医師名 ()	医師名 ()
総合判定 1 精検不要 2 要精検	
総合判定日 平成 年 月 日	判定医師名
総合判定実施医療機関名	
総合判定実施医療機関所在地	
精密検査実施医療機関 1 自院で実施 2 他院を紹介 医療機関名 ()	
健康手帳 1 交付 2 再交付 3 交付済み	医療機関コード(7ケタ)を記入

※精密検査を実施した場合は、「精密検査結果連絡票」の提出をお願いします。
 ※受診者への結果の通知(連絡) [1. 通知済み (年 月 日) 2. 次回受診時に通知]