

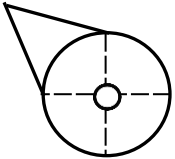
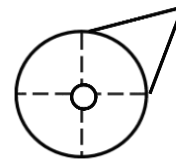
マンモグラフィ予約依頼票 兼 所見票

FAX送信・病院提出用
(FAX:03-3979-3860)

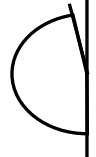
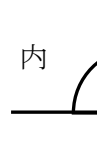

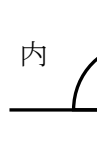
公益社団法人 地域医療振興協会 練馬光が丘病院 地域連携相談センター 宛て
*基本的に両側・2Rで実施させていただきます。

予約日時	年 月 日 時 分頃	貴医療機関・所在地・TEL・FAX・診療科・貴医師名
氏名		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	

↓ 貴院にてご記載をお願いいたします。

問診	
①マンモグラフィ検査を受けたことがありますか？	無・有(年頃)
②血縁関係のある方で乳癌にかかった人がいますか？	無・有(祖母・母・子・姉・妹・叔母)
③自己検診	毎月・時々・なし
④月経	無・有 初潮(才) 閉経(才) 最近の月経(月 日～ 月 日)
⑤出産	無・有(回)
⑥授乳	母乳・混合・人工
⑦現状	生理中・妊娠中(週)・授乳中
⑧既往歴	乳腺の病気 無・有() その他の病気 無・有()
⑨自覚症状	右・左
乳房の異常	無・しこり 痛み 分泌物 乳頭の変形(陥没・びらん) その他()
視触診所見	
右  大きさ × mm	左  大きさ × mm
+ - 腫瘍 + - 硬結 + - 異常分泌 + - 乳頭びらん	+ - + - + - + -
1. 正常範囲 2. 良性病変 3. 乳がんの疑い 要X線: 1. 触診異常 2. ペースライン 3. 隔年受診 4. 受診者希望 5. その他() < 診察医 >	

↓ 当院にて記載いたします。

X線所見(一次)	
右  読影日 月 日	左  < 読影医師名 >
内 外 1 2 3 4 5	内 外 1 2 3 4 5
+ - 腫瘍陰影 + - 形状不整 + - FAD + - 微細石灰化 + - 構築の乱れ	+ - + - + - + - + -
X線所見(二次)	
右  読影日 月 日	左  < 読影医師名 >
内 外 1 2 3 4 5	内 外 1 2 3 4 5
+ - 腫瘍陰影 + - 形状不整 + - FAD + - 微細石灰化 + - 構築の乱れ	+ - + - + - + - + -
X線所見(総合)	
1. 正常範囲 2. 良性病変 3. 乳がん疑い	
指示事項 1. 精密検査不要 2. 経過観察(半年後・1年後) 3. 要精密検査	
(コメント欄)	