

乳がん検診精密検査依頼書（紹介状）（案）

年 月 日

精密検査実施医療機関担当医 様

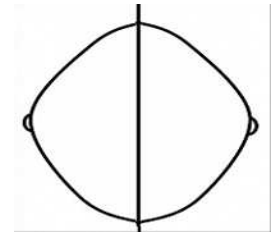
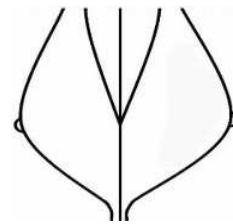
乳がん検診の結果、次の所見を認めましたので紹介します。

◎◎市長

機関名：

医師名：

氏 名	様（生年月日： /年齢： ）	
住 所		
検診内容	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他（ ）	
受診月日	年 月 日	

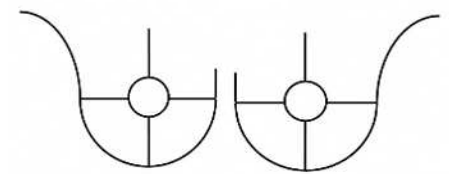


判 定	カテゴリー	右：	左：
所 見			

※精密検査結果をご記入いただき、ご返送くださいますようお願いいたします。

精密検査結果報告書

精密検査受診日	年 月 日	最終判定日※受診日と異なる場合	年 月 日
検査方法	<input type="checkbox"/> 1. マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 2. 超音波検査 <input type="checkbox"/> 3. MRI <input type="checkbox"/> 4. 細胞診 <input type="checkbox"/> 5. 組織検査（ <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> 吸引生検 <input type="checkbox"/> 切開生検） <input type="checkbox"/> 6. その他（ ）		
診断区分	<input type="checkbox"/> 1. 異常なし <input type="checkbox"/> 2. 乳がん（ <input type="checkbox"/> 原発性 <input type="checkbox"/> 転移性） Stage： <input type="checkbox"/> 0期がん <input type="checkbox"/> I期がん <input type="checkbox"/> II期 <input type="checkbox"/> III期 <input type="checkbox"/> IV期 <input type="checkbox"/> 未確定 <input type="checkbox"/> 3. 乳がんの疑い または 未確定 <input type="checkbox"/> 4. がん以外の乳房の疾患 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> 嚢胞・濃縮嚢胞 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> その他の良性腫瘍 <input type="checkbox"/> 良性石灰化 <input type="checkbox"/> 良悪性の鑑別困難な石灰化 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 5. 1～4以外（ ）		
治療方針	<input type="checkbox"/> 1. 治療の必要なし <input type="checkbox"/> 2. 経過観察（ か月後） <input type="checkbox"/> 3. 要治療（ <input type="checkbox"/> 外科的治療 <input type="checkbox"/> 内科的治療） <input type="checkbox"/> 4. 他医療機関へ紹介 紹介先：（ ）科 医 師： _____ <input type="checkbox"/> 5. その他（ ）		
精密検査時の偶発症	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり ⇒内容（ ）		



※病変状況記載用

医療機関名 _____

主治医氏名 _____