

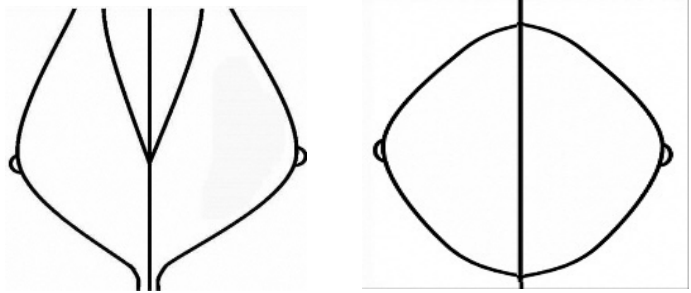
診療情報提供書

検診機関名

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。

氏名	様 (生年月日: /年齢: )		
検診内容			
受診月日	年	月	日
受診会場			
番号			



判定	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	1. マンモグラフィ 2. 超音波検査 3. MRI 4. 穿刺吸引細胞診 5. 針生検 6. 組織診 7. その他 ( )		
病理学的検索	無・有 (1. 細胞診 2. 針生検)		※病変状況記載用
判定	1. 異常なし 2. 良性 3. 境界 4. 悪性の疑い 5. 悪性		<p>【マンモグラフィ】</p>
診断	1. 異常なし 2. 乳腺症 3. 嚢胞・濃縮嚢胞 4. 線維腺腫 5. 良性石灰化 6. 良悪性の鑑別困難な石灰化 7. 乳がん (非浸潤) 8. 乳がん (浸潤) 9. その他 ( )		
治療方針	1. 治療の必要なし 2. 経過観察 ( 月後) 3. 要医療 (1. 外科的治療 2. 内科的治療) 4. 他医療機関へ紹介 紹介先: ( ) 科 医師: _____ 5. その他 ( )		<p>【超音波検査】</p>

年 月 日 医療機関名

主治医氏名