

乳がん検診(超音波検査)精密検査依頼書記入方法

精密検査実施医療機関が記入

様式第30

乳がん検診(超音波検査)精密検査依頼書

(精密検査実施医療機関控え)

秘

主治医殿

一次検診機関名
所在地
電話番号
医師署名又は記名押印

乳がん検診(超音波検査)において、下記の方が要精検と判定されましたので、ご高診くださいますようお願いいたします。
なお、精密検査の結果、今後の方針などについて、本記録票にご記入の上、返信用封筒で鹿児島市保健予防課まで返送くださいますようお願いいたします。

フリガナ		読影所見
氏名		乳房超音波所見
住所	鹿児島市	
生年月日		
電話番号		
一次検診 (乳房超音波)		
一次検診受診日	年 月 日	

精検受診日は必ず検診日以降になります。
※検診より前に受診した結果等は記入せず、今回の検診結果を受けて実施した精密検査の結果を記入してください。

精検受診日	年 月 日	精密検査記録票
検査方法 ※行ったものすべてに○をつけてください	※1 1 マンモグラフィ 2 超音波検査 3 病理検査(細胞診) 4 病理検査(組織)	5 吸引式組織生検 6 手術() その他()
精密検査結果 ※該当する結果の数字に○をつけてください ※2は①～⑥の病期にも必ず○をつけてください	※2 1 異常なし 2 原発性乳がん (i) 非浸潤性 3 乳がん疑い 4 乳腺症 5 嚢胞 6 線維腺腫 7 不詳 8 その他[転写]	●精検依頼書は複写のため、強めに記入してください。 ★ 記入方法 ★ ※1・・・検査方法をご記入ください。 ※2・・・精密検査の結果をご記入ください。 ※3・・・今後の治療方針等をご記入ください。 ※4・・・精密検査の実施医療機関名等をご記入ください。 ★ 報告方法 ★ 2枚目・・・精検実施医療機関で保管 3枚目・・・一次検診医療機関に返送 4枚目・・・保健予防課に返信用封筒で返送
今後の治療方針及び指示事項	※3 1 治療の必要あり 2 定期的に検査 3 内科的治療 4 手術予定・施行 5 他院に紹介(紹介先医療機関) 6 その他()	
年 月 日	医療機関名	※4
	所在地	
	電話番号	
	医師署名又は記名押印	