

# 令和7年度 乳がん検診受診票 (超音波)

46

住 所		ナンバリング	
〒		受診日	令和 7 年 月 日
カナ氏名			性別
氏 名			
生 年 月 日			
年度末年齢			
電 話 番 号			
東金市乳がん集団検診受診歴	15 <input type="checkbox"/> 初めて もしくは4年以上	16 <input type="checkbox"/> 1年前(※) (R6年度)	17 <input type="checkbox"/> 2年前(※) (R5年度)
乳がん検診精密検査受診歴	19 <input type="checkbox"/> なし	20 <input type="checkbox"/> 1年前(※) (R6年度)	21 <input type="checkbox"/> 2年前(※) (R5年度)
		18 <input type="checkbox"/> 3年前(※) (R4年度)	22 <input type="checkbox"/> 3年以上前(※) (R4年度以前)

(※) 受診した全ての年にチェックを入れてください。

## 問診事項 ※裏面を必ずお読みください。

以下の太線枠内の問診事項で該当する□に“し”を付け、カッコ内はご記入ください。  
※ご記入に際しての注意点 黒のボールペンを使用してください。

(集検許可 あり・なし)

- 次の該当がありますか 110  妊娠中 ( 週目)
- ①～③の該当がありますか 101  なし 102  あり → ①ペースメーカー、植え込み型心電計  
②胸部にシャントチューブやポート  
③豊胸術・乳房再建術(右・左)裏面注意事項2⑥参照
- 自覚症状  
23  なし  あり → 医療機関で受診してください  
24  乳頭分泌がある(右・左) → 色は 29  血性(黒・茶・赤色) ※該当する色に○を  
25  しこりを触れる(右・左) 30  透明  
26  痛みがある(右・左) 31  黄色  
32  その他(白色等)
- 既往歴 28  乳房の病気をしたことがある 89 ( 歳)(右・左・不明) 90 (病名: )  
27  なし 111  胸部に傷あと(手術・切開)がある 112 ( 歳)(右・左・不明) 113 (病名: )
- 血縁者で乳がんと診断された人はいますか  
114  なし 115  母 116  祖母 117  姉妹 118  伯(叔)母 119  その他 120 ( )
- 生理は 35  なし(閉経) 36  あり 7. 38  現在授乳中

以下の欄は記入しないでください(医師記入欄)

超音波所見 (読影医師)		検診技師	
右	左		
51 <input type="checkbox"/> ● 腫瘍	62 <input type="checkbox"/> ● 腫瘍		
52 <input type="checkbox"/> ○ のう胞	63 <input type="checkbox"/> ○ のう胞		
53 <input type="checkbox"/> ◐ のう胞内腫瘍	64 <input type="checkbox"/> ◐ のう胞内腫瘍		
54 <input type="checkbox"/> // 非腫瘍性病変	65 <input type="checkbox"/> // 非腫瘍性病変		
55 <input type="checkbox"/> — 乳管内病変 (拡張・腫瘍)	66 <input type="checkbox"/> — 乳管内病変 (拡張・腫瘍)		
56 <input type="checkbox"/> × その他( )	67 <input type="checkbox"/> × その他( )		
カテゴリー (右)	カテゴリー (左)		
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		
57 <input type="checkbox"/> 1 58 <input type="checkbox"/> 2 59 <input type="checkbox"/> 3 60 <input type="checkbox"/> 4 61 <input type="checkbox"/> 5	68 <input type="checkbox"/> 1 69 <input type="checkbox"/> 2 70 <input type="checkbox"/> 3 71 <input type="checkbox"/> 4 72 <input type="checkbox"/> 5		

超音波判定	82 <input type="checkbox"/> 精検不要 83 <input type="checkbox"/> 要精密検査	指示	74 <input type="checkbox"/> 自覚症状有精検 75 <input type="checkbox"/> 遺伝外来 76 <input type="checkbox"/> 至急精検
-------	--	----	---

U S 番 号	ナンバリング
---------	--------

\*裏面の注意事項をよくお読みください。\*氏名には必ずフリガナもご記入ください。

## 乳がん検診（超音波）の注意事項

1. がん検診は無症状の方が対象です。次の項目に当てはまる方は医療機関で受診してください。

- ①自覚症状のある方（しこり、乳頭分泌）
- ②乳がんの既往歴がある方
  - 10年未満の方……………原則医療機関受診（ただし、主治医から検診の許可があった方は可能）
  - 10年以上の方……………医療機関にてマンモグラフィと超音波の両方を受診することが望ましい。
- ③現在医療機関で受診中または経過観察中の方
- ④豊胸術（シリコンバック、生理食塩水バック、脂肪注入、ヒアルロン酸注入など）を受けた方（挿入物は画像の正確な判定が困難になります。）
- ⑤過去に豊胸術を受け、現在は挿入物を除去している方（挿入物が残っていた場合精度が落ちてしまう可能性があります。）
- ⑥エコーゼリーでアレルギーを起こしたことがある方

2. 集団検診を受診する際の注意事項

- ①ワンピース、ジャンパースカートの着用は避けてください。
- ②授乳中の方は検査直前に搾っておいてください。
- ③ペースメーカー、胸部にシャントやポートを挿入されている方は、スタッフにお声がけください。
- ④検査に支障が出るためお子様はバスの中には入れません。お子様同伴の場合は、スタッフにお声がけください。
- ⑤検査機器の安全構造上、体重135kg以上の方はお受け頂くことはできません。
- ⑥乳房再建術をしていない側は検査可能です。

3. 受診票記入の注意

- ・「現在授乳中」の方は、現在の自覚症状の「乳頭分泌がある」の欄にはチェックをしないでください。