

超音波検査票

実施 20 年 月 日

ボールペンで左側太枠内の記入をお願いします。

受付 No

会社名	
部署名	
フリガナ	
氏名	

◎記入方法は、基本的に腹部・頸動脈と同様です

- ・該当する所見にシ点チェックする
- ・印字されていないものは手書きで記載する
- ・該当する部位・所見判定区分を記載する
- ・サイズ・個数を記載する
- ・左右で同じ所見がある場合は、両側の部位コードを使用する (判定区分は重い区分にあわせる)

超音波検査問診

1. 超音波検査受診歴

- ・あり (○) ・腹部 前回 20 年 月 頃
- ・下腹部 前回 20 年 月 頃
- ・乳腺 (○) 前回 20 21 年 4 月 頃

2. 受診する項目について、既往歴・自覚症状など該当する内容をご記入ください。

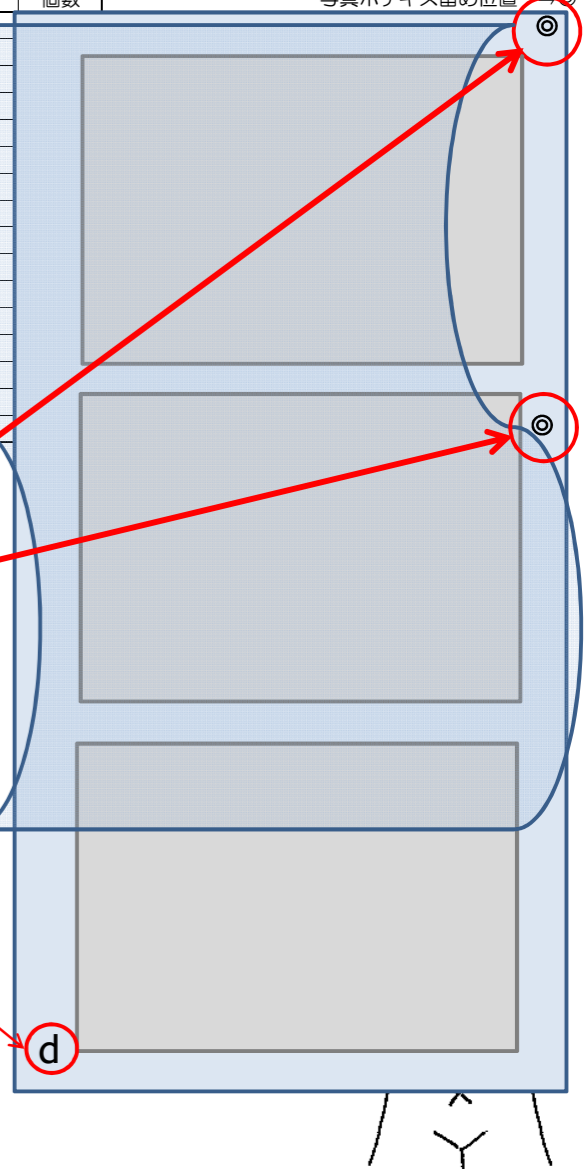
		既往歴 (該当する欄に病名や○など記入)	
腹部	肝臓	手術・切除 年 月 頃	乳腺・下腹部の検査の参考にするため、ご記入下さい。 ・最近の月経(5 月 17 日 ~ 5 月 21 日) ・閉経 (歳) ・妊娠中 乳腺について ・授乳中 ・断乳後(ヶ月) ・しこり(右・左) ・痛み(右・左) ・豊胸形成術
	胆のう	摘出 年 月 頃	
	腎臓	摘出 年 月 頃	
	膵臓	摘出 年 月 頃	
	脾臓	摘出 年 月 頃	
その他	手術・切除 年 月 頃		
下腹部	子宮	手術・切除 年 月 頃	下腹部について ・月経不順 ・不正出血 ・ひどい月経痛
	卵巣	手術・切除 年 月 頃	
乳腺	右乳腺	手術・切除 年 月 頃	cyst
	左乳腺	手術・切除 年 月 頃	

月経・妊娠など必要に応じて聞き取り、記載しておくこと

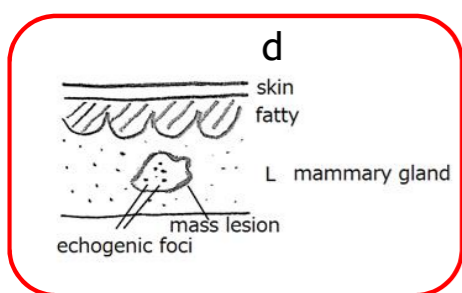
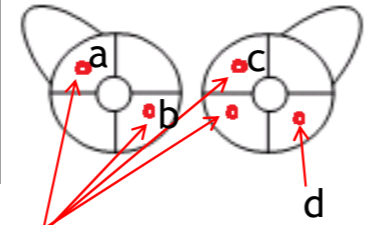
					腹部			
入力	所見名	疑い	部位	所見	区分	サイズ(mm)	個数	写真ホチキス留め位置
<input type="checkbox"/>	所見なし			13	1			◎
<input type="checkbox"/>	脂肪肝(軽・中・高)	<input type="checkbox"/>	1	1	3			
<input type="checkbox"/>	肝のう胞 []	<input type="checkbox"/>	1	4				
<input type="checkbox"/>	肝血管腫 []	<input type="checkbox"/>	1	8	3			
<input type="checkbox"/>	胆のうポリープ	<input type="checkbox"/>	2	16	2			
<input type="checkbox"/>	胆のう結石(壁評価可能)	<input type="checkbox"/>	2	22	3			
<input type="checkbox"/>	胆のう腺筋腫症(壁評価可能)	<input type="checkbox"/>	2	19	3			
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)腎のう胞	<input type="checkbox"/>		43	2			
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)腎結石	<input type="checkbox"/>		51				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	胆のう摘出後		2	27				
<input type="checkbox"/>	膵一部描出不良(頭・体・尾)		4	105	3			
<input type="checkbox"/>	膵描出不良		4	79	3			
<input type="checkbox"/>	描出不良・不能(部位:)							

部位ごとに上から所見写真、N.P.写真の順にホチキス止めする
所見写真にはシェーマに対応する同じアルファベットまたは数字を記載する

- 写真の順番(部位・上から)
- ①頸動脈→腹部
 - ②乳腺→腹部→下腹部



乳腺						
入力	所見名	疑い	部位1	部位2	所見	区分
<input type="checkbox"/>	所見なし				98	1
<input checked="" type="checkbox"/>	(右・左・両)のう胞	<input type="checkbox"/>	3		03	2
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)	<input type="checkbox"/>				
<input checked="" type="checkbox"/>	(右・左・両)充実性腫瘤	<input type="checkbox"/>	1	4	01	7
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)乳房腫瘍(線維腺腫)	<input type="checkbox"/>			34	
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	乳房切除後(部位:)				11	
<input type="checkbox"/>	乳房部分切除後(部位:)				12	



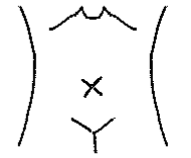
フリースペースにシェーマを記載する

※ のう胞や線維腺腫など、同一所見を複数認める場合は部位①のみ選択し、部位②は記載しなくてもよい
※ のう胞はシェーマの記載は不要

対応する写真と同じアルファベットまたは数字を記載する

備考	乳腺判定区分	検査者印
	A · B · C12 · C6 · E · F · D 1 · 2 · 3 · 6 · 7 · 9 · 9	

					下腹部			
入力	所見名	疑い	部位	所見	区分	サイズ(mm)	個数	
<input type="checkbox"/>	所見なし			13	1			
<input type="checkbox"/>	子宮筋腫	<input type="checkbox"/>	32	89				
<input type="checkbox"/>	(右・左・両)卵巣 []	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	摘出後(部位:)			56				
<input type="checkbox"/>	描出不良(部位:)			79				



備考	下腹部判定区分	検査者印
	A · B · C12 · C6 · E · F · D 1 · 2 · 3 · 6 · 7 · 9 · 8	

[14_7204]

読影医印