

乳房超音波検査

データ処理No. _____

受診される方は の部分のみ記入して下さい

一般財団法人日本予防医学協会

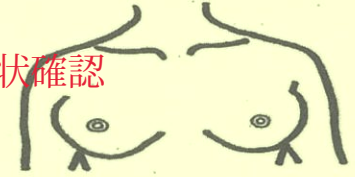
事業所名				健診日	年	月	日	受診番号			
氏名				カナ氏名				ディスク番号			
お客様ID				生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	男女

初回	日付	受診No.	所見(判定) [OCR・本人]	病院(受診・未受診・治療中)
前回値				

←前回所見確認

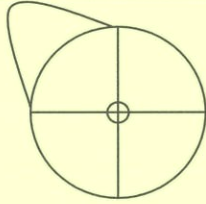
乳がん健診受診歴	無・有 ()	気になる自覚症状	無・有口
既往歴	無・有 ()	しこりがある	(右・左)
血縁者乳がん歴	無・有 ()	痛みがある	(右・左)
出産歴	無・有 (授乳中)	乳頭からの分泌物	(右・左)
	妊娠中 (週)	分泌物の色	(白・透明・黄・褐色・血液)

自覚症状確認

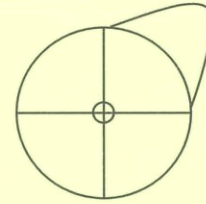


超音波所見

右				左			
所見なし		所見あり		所見なし		所見あり	
単純性のう胞	充実性腫瘤	混合性腫瘤	点状高エコー	単純性のう胞	充実性腫瘤	混合性腫瘤	点状高エコー
乳管拡張	乳管内病変	低エコー域	多発性小のう胞	乳管拡張	乳管内病変	低エコー域	多発性小のう胞
構築の乱れ	その他	全摘後	授乳期	構築の乱れ	その他	全摘後	授乳期



書き方は技師により自由ですが、
カテゴリーを付けてください。



前回の所見が今回ない場合はその旨を記載。

下段は読影医師が判定をつける枠です。

検査者: 技師名記入

診断	有	疑	診断	有	疑	診断	有	疑	診断	有	疑
所見なし	100	/	乳腺腫瘍	/	141	所見なし	100	/	乳腺腫瘍	/	141
乳腺症	110	111	その他の乳腺疾患	250	251	乳腺症	110	111	その他の乳腺疾患	250	251
のう胞	120	121	腋窩リンパ節腫大	180	181	のう胞	120	121	腋窩リンパ節腫大	180	181
乳管拡張	150	151	胸部リンパ節腫大	190	191	乳管拡張	150	151	胸部リンパ節腫大	190	191
線維腺腫	130	131	乳房手術後	200	/	線維腺腫	130	131	乳房手術後	200	/
乳管内乳頭腫	160	161	分泌物有	192	/	乳管内乳頭腫	160	161	分泌物有	192	/
のう胞内乳頭腫	170	171	非腫瘍低輝度病変	270	/	のう胞内乳頭腫	170	171	非腫瘍低輝度病変	270	/
石灰化	260	/	乳腺構築の乱れ	280	/	石灰化	260	/	乳腺構築の乱れ	280	/

判定	A1	A2	C1	C2	判定	A1	A2	C1	C2
	B1	/	G1	G2		B1	/	G1	G2

<コメント欄>

至急連絡要

判定医:

判定CD	A1: 所見なし	A2: 有所見健康	B1: 要経過観察	G1: 要再検査	G2: 要精密検査	C1: 要医療	C2: 加療中
------	----------	-----------	-----------	----------	-----------	---------	---------