

香川県乳がん検診の精度管理のための技術的指針の改正について

1 「香川県がん検診の精度管理のための技術的指針」の概要

本指針は県が、市町において国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「国指針」という。）に基づいた科学的に効果の明らかな方法でがん検診が実施され、その精度向上を図ることを目的に、平成 22 年 3 月 31 日付けで策定したもの。

本指針の改正に当たっては、香川県がん対策推進協議会の各部会において協議している。

2 本指針改正案の概要

国指針において、検診に当たって参考にするよう示されている、日本乳がん検診精度管理中央機構（以下「精中機構」という。）が推奨するマニュアルが改訂されたことに伴い、対応箇所を改める。

また、精密検査結果について、乳癌取扱い規約第 18 版（以下「第 18 版」という。）に基づき、診断区分を改める。

3 本指針改正案の主な内容（新旧対照表は別紙 1 参照。改正後全文は別紙 2 参照。）

○「第 6 検診方法等」（新旧対照表 1 ページ）

- ・参考にするよう示している、精中機構が推奨するマニュアルを最新版に改める。

○「（様式 4 号）乳がん検診結果通知書（新旧対照表 2 ページ）

- ・「健康保険証」を「マイナ保険証または資格確認書」に改める。
- ・国立がん研究センター（以下「国がん」という。）が示す「乳がん検診結果通知書」を参考に、文言を改める。

○「（様式 5 号）乳房精密検査依頼書 兼 結果報告書」（新旧対照表 3～5 ページ）

- ・精密検査結果の欄の原発性乳がんについて、国がんが示す「乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書」を参考に、0 期がん、I 期がん、II 期以上のがんの区分に改める。また、「転移性乳がん」を「乳房の転移性腫瘍」に改めるほか、葉状腫瘍を「乳がん以外の乳房の疾患」の区分にまとめる。
- ・診断区分の組織型分類について、第 18 版に基づく分類に改める。

【参考】

- ・乳癌取扱い規約は 2025 年 6 月に第 19 版が発行されており、浸潤性乳管癌等の分類が見直されているが、国がんが示す「乳がん精密検査依頼書 兼 結果報告書」は、現時点では第 18 版に基づいた内容となっている。
- ・また、精中機構のウェブページにおいても、当面は第 18 版に準拠した講習及び試験を引き続き実施し、第 19 版への対応については、現在検討中であり改定時期は現状未定とされている。

⇒今後、国がんや精中機構等の動向との整合性を図りつつ、本指針における第 19 版への対応時期を検討したい。

4 その他（5がん共通）

国指針の令和7年7月1日一部改正（**別添**参照）により、職域等がん検診（市町が健康増進事業として実施するがん検診以外のがん検診）の受診状況（「職域等がん検診情報」）を把握することが市町の努力義務となった（令和8年4月1日から適用）。

しかしながら、現状は実施に当たっての課題が多く、市町の負担が大きいことから、県としては、引き続き国の動向を注視していきたいと考えるため、県指針には盛り込まないこととしたい。

新旧対照表

別紙1

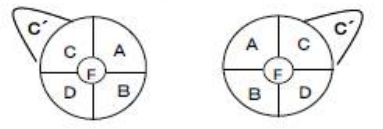
香川県乳がん検診の精度管理のための技術的指針

新	旧
<p>第1～第5 略</p> <p>第6 検診方法等 検診項目は、質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、1の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。</p> <p>1 略</p> <p>2 乳房エックス線検査 (1)～(4) 略 (5) その他 (1) から (4) の詳細については、<u>日本乳がん検診精度管理中央機構が推奨する「マンモグラフィによる乳がん検診の手引き-精度管理マニュアル-第8版増補」</u>等を参考とする。</p> <p>(6) 略</p> <p>3 略</p> <p>第7～第13 略</p> <p>(別紙1)～(様式3号) 略</p>	<p>第1～第5 略</p> <p>第6 検診方法等 検診項目は、質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、1の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。</p> <p>1 略</p> <p>2 乳房エックス線検査 (1)～(4) 略 (5) その他 (1) から (4) の詳細については、「マンモグラフィによる乳がん検診の手引き-精度管理マニュアル-第7版」<u>（日本医事新報社・令和2年2月27日）</u>等を参考とする。</p> <p>(6) 略</p> <p>3 略</p> <p>第7～第13 略</p> <p>(別紙1)～(様式3号) 略</p>

新	旧
<p>(様式4号) 乳がん検診結果通知書</p> <p>(様式4号)</p> <p style="text-align: center;">乳がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>○印があなたの検診結果です。</p> <p>1 精密検査不要 … <u>今回の乳がん検診の結果、異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</u></p> <p><u>ただし、マンモグラフィ検査ですべての乳がんを発見することはできません。</u></p> <p><u>今回の検査で異常がなくても、しこり、乳房のひきつれ、乳頭から血性の液が出る、乳頭の湿疹やただれなどの自覚症状があった場合は、早い時期に乳腺専門の医療機関を受診されるようお勧めします。</u></p> <p><u>また、症状がなくても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</u></p> <p>2 要精密検査 … <u>今回の乳がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</u></p> <p><u>乳がん検診により異常を認めます。</u></p> <p><u>自覚症状がない場合もありますので、検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、できるだけ早く乳腺専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p><u><精密検査の際には、以下のものを必ず持参してください。></u></p> <ul style="list-style-type: none">・乳房精密検査依頼書・マイナ保険証または資格確認書 <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>	<p>(様式4号) 乳がん検診結果通知書</p> <p>(様式4号)</p> <p style="text-align: center;">乳がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____ 様</p> <p>○印があなたの検診結果です。</p> <p>1 <u>今回の検診では、異常を認めませんでした。</u></p> <p><u>これからも2年に1回は検診を受けられるようお勧めします。また、しこり、乳房のひきつれ、血性の乳頭分泌や乳頭のただれなどの自覚症状があるときは、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。</u></p> <p>2 <u>今回の検診の結果、「精密検査」が必要です。</u></p> <p><u>検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、「乳房精密検査依頼書」を御持参になり、最寄りの乳腺専門医療機関を受診してください。</u></p> <p><u>なお、健康保険証は必ず持参してください。</u></p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>


新

(様式5-1号) 乳房精密検査依頼書

(様式5-1号)		乳房精密検査依頼書		3枚複写(5号)		
① 乳房精密検査実施医療機関保存用 乳房精密検査実施医療機関 殿						
市町名						
下記の方は乳がん検診の結果、精密検査を要するのようしくお願いいたします。 なお、御高齢の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。						
ふりがな		住所				
氏名						
生年月日	年 月 日	(年齢 歳)				
マンモグラフィ	検診日	画像№				
	検診機関名	検診機関住所		() -		
	一次読影			二次読影		
	医師名: 読影月日 年 月 日			医師名: 読影月日 年 月 日		
	所見:			所見:		
	カテゴリー:【右】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 【左】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			カテゴリー:【右】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 【左】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
判定: (1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) <input type="checkbox"/> 良性 (3) <input type="checkbox"/> 良性、しかし悪性を否定できず (4) <input type="checkbox"/> 悪性の疑い (5) <input type="checkbox"/> 悪性			判定: (1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) <input type="checkbox"/> 良性 (3) <input type="checkbox"/> 良性、しかし悪性を否定できず (4) <input type="checkbox"/> 悪性の疑い (5) <input type="checkbox"/> 悪性			
精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)						
1 精密検査結果		2 部位				
(1) <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 0期がん(Tis) (<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> Paget病) <input type="checkbox"/> I期がん(T1NO:2cm以下でリンパ節転移のないもの) <input type="checkbox"/> II期以上のがん(腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) <input type="checkbox"/> 微小浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌: (<input type="checkbox"/> 腺管形成型 <input type="checkbox"/> 充実型 <input type="checkbox"/> 硬型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 特殊型: (<input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 管状癌 <input type="checkbox"/> その他())						
(2) <input type="checkbox"/> 乳房の転移性腫瘍 (3) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 乳がん以外の乳房の疾患 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他() (5) <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() (6) <input type="checkbox"/> 異常なし		3 精密検査方法 (1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし				
4 診断後の処置(今後の方針)		精密検査実施機関名				
(1) <input type="checkbox"/> 要手術(予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし		() - 担当医師名 記載日 年 月 日				
乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						

旧

(様式5-1号) 乳房精密検査依頼書

(様式5-1号)		乳房精密検査依頼書		3枚複写(5号)		
① 乳房精密検査実施医療機関保存用 乳房精密検査実施医療機関 殿						
市町名						
下記の方は乳がん検診の結果、精密検査を要するのようしくお願いいたします。 なお、御高齢の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。						
ふりがな		住所				
氏名						
生年月日	年 月 日	(年齢 歳)				
マンモグラフィ	検診日	画像№				
	検診機関名	検診機関住所		() -		
	一次読影			二次読影		
	医師名: 読影月日 年 月 日			医師名: 読影月日 年 月 日		
	所見:			所見:		
	カテゴリー:【右】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 【左】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			カテゴリー:【右】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 【左】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
判定: (1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) <input type="checkbox"/> 良性 (3) <input type="checkbox"/> 良性、しかし悪性を否定できず (4) <input type="checkbox"/> 悪性の疑い (5) <input type="checkbox"/> 悪性			判定: (1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) <input type="checkbox"/> 良性 (3) <input type="checkbox"/> 良性、しかし悪性を否定できず (4) <input type="checkbox"/> 悪性の疑い (5) <input type="checkbox"/> 悪性			
精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)						
1 精密検査結果		2 部位				
(1) <input type="checkbox"/> 乳がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 転移性乳がん 悪性 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 乳管癌 <input type="checkbox"/> 小葉癌 浸潤性 <input type="checkbox"/> 乳頭腺管癌 <input type="checkbox"/> 硬癌 <input type="checkbox"/> 充実腺管癌 特殊型 <input type="checkbox"/> 粘液癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他の特殊型() <input type="checkbox"/> 悪性葉状腫瘍						
(2) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍(境界病変) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑い (3) <input type="checkbox"/> 乳がん以外の疾患 良性 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 良性葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他の疾患() (4) <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() (5) <input type="checkbox"/> 異常なし		3 精密検査方法 (1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし				
4 診断後の処置(今後の方針)		精密検査実施機関名				
(1) <input type="checkbox"/> 要手術(予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし		() - 担当医師名 記載日 年 月 日				
乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()						

新

(様式5-2号) 乳房精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

(様式5-2号)
乳房精密検査結果報告書(検診実施機関用)
 ② 乳房一次検診実施機関保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな	住所	() -
氏名		
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
(1) <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 0期がん(Tis) (<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> Paget病) <input type="checkbox"/> I期がん(T1NO:2cm以下でリンパ節転移のないもの) <input type="checkbox"/> II期以上のがん(腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) <input type="checkbox"/> 微小浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌: (<input type="checkbox"/> 腋管形成型 <input type="checkbox"/> 充実型 <input type="checkbox"/> 硬性型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 特殊型: (<input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 管状癌 <input type="checkbox"/> その他())	
3 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし	
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	() - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日
乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

旧

(様式5-2号) 乳房精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

(様式5-2号)
乳房精密検査結果報告書(検診実施機関用)
 ② 乳房一次検診実施機関保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな	住所	() -
氏名		
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
(1) 乳がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 転移性乳がん 悪性 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 乳管癌 <input type="checkbox"/> 小葉癌 浸潤性 <input type="checkbox"/> 乳頭癌 <input type="checkbox"/> 硬癌 <input type="checkbox"/> 充実癌 特殊型 <input type="checkbox"/> 粘液癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> その他の特殊型() <input type="checkbox"/> 悪性葉状腫瘍	
3 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし	
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	() - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日
乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

新

(様式5-3号) 乳房精密検査結果報告書 (市町用)

(様式5-3号)

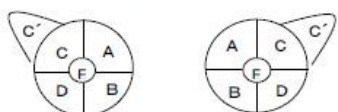
乳房精密検査結果報告書(市町用)

③ 市町保存用 市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな		住所	() -
氏名			
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)		

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
(1) <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 0期がん(Tis) (<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> Paget病) <input type="checkbox"/> I期がん(T1NO:2cm以下でリンパ節転移のないもの) <input type="checkbox"/> II期以上のがん(腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) <input type="checkbox"/> 微小浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌: (<input type="checkbox"/> 腺管形成型 <input type="checkbox"/> 充実型 <input type="checkbox"/> 硬性型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 特殊型: (<input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 管状癌 <input type="checkbox"/> その他()) (2) <input type="checkbox"/> 乳房の転移性腫瘍 (3) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 乳がん以外の乳房の疾患 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他() (5) <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() (6) <input type="checkbox"/> 異常なし	
3 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし	
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし 乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	() - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日

(様式6号) 略

旧

(様式5-3号) 乳房精密検査結果報告書 (市町用)

(様式5-3号)

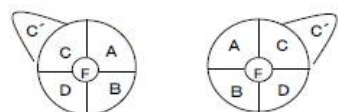
乳房精密検査結果報告書(市町用)

③ 市町保存用 市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな		住所	() -
氏名			
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)		

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
(1) 乳がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 転移性乳がん 悪性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 乳管癌 <input type="checkbox"/> 小葉癌 <input type="checkbox"/> 乳頭腺管癌 <input type="checkbox"/> 硬癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性 <input type="checkbox"/> 充実腺管癌 <input type="checkbox"/> 粘液癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 特殊型 <input type="checkbox"/> その他の特殊型() <input type="checkbox"/> 悪性葉状腫瘍 (2) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍(境界病変) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑い (3) <input type="checkbox"/> 乳がん以外の疾患 良性 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 良性葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他の疾患() (4) <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() (5) <input type="checkbox"/> 異常なし	
3 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし	
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし 乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	() - 担当医師名 _____ 記載日 年 月 日

(様式6号) 略

香川県乳がん検診の精度管理のための技術的指針

令和8年 月

香川県健康福祉部健康政策課

香川県乳がん検診の精度管理のための技術的指針

第1	目的	1
第2	検診対象者	1
第3	実施回数	1
第4	検診計画の策定	1
第5	受診勧奨	1
第6	検診方法等	2
第7	検診結果の指導区分	3
第8	検診結果の報告及び通知	4
第9	検診記録の整備及び精密検査結果の把握	4
第10	事業評価	4
第11	検診実施機関	5
第12	精密検査等	5
第13	ブレスト・アウェアネス	6
(別紙1)	日本医学放射線学会の定める仕様基準	7
(別紙2)	検診マンモグラムの読影基準	8
(様式1号)	乳がん検診質問(問診)票	9
(様式2号)	乳がん検診受診者名簿	10
(様式3号)	乳がん検診結果記録票	11
(様式4号)	乳がん検診結果通知書	12
(様式5-1号)	乳房精密検査依頼書	13
(様式5-2号)	乳房精密検査結果報告書(検診実施機関用)	14
(様式5-3号)	乳房精密検査結果報告書(市町用)	15
(様式6号)	乳がん検診実施計画書	16

香川県乳がん検診の精度管理のための技術的指針

第1 目的

この指針は、すべての市町において、国の指針等に基づいた科学的に効果の明らかな方法で、乳がん検診及びその精度管理が実施され、さらには事業評価や住民への受診勧奨などが適切に行われることにより、県民のがんの早期発見に資することを目的とする。

第2 検診対象者

乳がん検診の対象者は、当該市町に居住地を有する40歳以上の女性とする。

また、30歳代の女性については、この指針に規定する乳がん検診の対象とはならないものの、罹患率が上昇傾向にあることを踏まえ、乳房を意識する生活習慣(以下「ブレスト・アウェアネス」という。)(本指針第13参照)の重要性に関する啓発や異常がある場合の専門医療機関への早期受診等に関する指導を行う。

第3 実施回数

乳がん検診は、原則として同一人について2年に1回実施する。

なお、受診機会は、必ず毎年度設けることとする。

第4 検診計画の策定

関係機関と十分協議の上、乳がん検診事業計画を策定する。なお、計画の策定に際しては、次の事項に留意する。

- 1 国立がん研究センターが示す「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」※を参考として検診実施機関を決定し、下記の事項等について十分協議を行う。
- 2 検討対象者を住民基本台帳等で把握する。
- 3 検診実施期間、予定人数、実施場所を決定する。
- 4 検診の周知方法とその期間を決定する。
- 5 検診に必要な帳票類(様式1号・3号・4号・5号)を作成する。
- 6 検診実施後の結果集計等を行う(「乳がん検診受診者名簿」(様式2号)等を利用する。)

※ 「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
(https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第5 受診勧奨

市町は、乳がん及び乳がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、これまでに乳がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的に受診勧奨を行う。

受診勧奨は、受診率の向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。

- 1 受診者の拡大に努めるとともに、受診者の固定化を防止し、検診の効果の向上を図る。
- 2 罹患率や有病率などを参考とし、乳がん対策上重要と考えられる年齢層の受診を促進する。
- 3 他のがん検診受診機会の有無を確認するなど、対象者を正確に把握する。
- 4 検診対象者のリストを作成し、がん検診受診状況等を台帳等により管理する。
- 5 がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。

<がん検診の利益・不利益について>

(利益の例)

- ・検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること
- ・早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと
- ・がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等

(不利益の例)

- ・偽陰性、偽陽性（また、その判定結果を受けて不安を生じることや、結果として不必要な精密検査を受ける場合があること。）、過剰診断、偶発症等

第6 検診方法等

検診項目は、質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、1の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）及び乳房エックス線検査（マンモグラフィをいう。以下同じ。）とする。

1 質問

質問に当たっては、現在の症状、月経に関する事項及び妊娠の可能性の有無等を必ず聴取し、かつ、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況、乳房エックス線検査の実施可否に係る事項等を聴取する。なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。

2 乳房エックス線検査

(1) 検診機関の基準

乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適切な撮影装置（原則として「日本医学放射線学会の定める仕様基準」（別紙1）を満たし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たす必要があること。）を備える。

なお、特定非営利活動法人日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会（以下「適切な講習会」という。）を修了した診療放射線技師（その評価試験の結果はA又はB）が乳房撮影を行うことが望ましい。

(2) 乳房エックス線写真の撮影

(1) に規定する撮影装置を用いて、両側乳房について、内外斜位方向撮影を行う。

また、40歳以上50歳未満の対象者については、内外斜位方向撮影とともに頭尾方向撮影も併せて行う。なお、内外斜位方向撮影を補完する方法として、50歳以上の対象者にも頭尾方向撮影を追加することは差し支えない。

(3) 乳房エックス線写真の読影

読影室の照度やモニタ、シャウカステン輝度に十分配慮する等読影環境を整えた上で、二重読影（このうち1名は、十分な経験を有する医師（適切な講習会を修了（その評価試験の結果はA又はB）していることが望ましい。以下同じ。）であること。）により行い、2名以上の医師が同時又はそれぞれ独立して読影する。過去に撮影した乳房エックス線写真と比較読影することが望ましい。

なお、読影結果の判定は、乳房の左右の別ごとに行う。

(4) 機器等の品質管理

検診実施機関は、撮影装置、現像機、モニタ、シャウカステンその他の当該検査に係る機器等について、日常的かつ定期的な品質管理を行わなければならない。

(5) その他

(1) から (4) の詳細については、日本乳がん検診精度管理中央機構が推奨する「マンモグラフィによる乳がん検診の手引き-精度管理マニュアル-第8版増補」等を参考とする。

(6) 読影結果の判定

読影結果の判定は、「検診マンモグラムの読影基準」（別紙2）によって行う。

3 乳房エックス線撮影の記録

(1) 検診実施機関は、二重読影の結果を「乳がん検診結果記録票」（様式3号）等に記録し、少なくとも5年間は保存する。

また、エックス線写真は少なくとも5年間は保存する。

(2) 検診実施機関は、検診結果を市町に報告する。

第7 検診結果の指導区分

検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。

なお、精密検査の要否は別紙2に基づき決定する。

1 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するように指導する

2 「精検不要」と区分された者

2年後の検診受診を勧めるとともに、日常の健康管理としてのブレスト・アウェアネスに関する指導を行う。併せて、検診で精検不要であったとしても、検診後に乳がんが疑われる症状等が出現した場合は、速やかに医療機関を受診するように指導する。

第8 検診結果の報告及び通知

- 1 市町又は検診実施機関は、検診終了後、速やかに検診結果を「乳がん検診受診者名簿」（様式2号）に記録する。
- 2 市町又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者宛てに「乳がん検診結果通知書」（様式4号）を作成し、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知する。
 - (1) 要精密検査：「乳がん検診結果通知書」（様式4号）及び「乳房精密検査依頼書」（様式5号）
 - (2) 精検不要：「乳がん検診結果通知書」（様式4号）

第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握

1 検診記録の整備

市町は、検診実施機関と連携を図り、「乳がん検診受診者名簿」（様式2号）等に、受診者の氏名、年齢、住所、過去の検診受診状況、画像の読影の結果、精密検査の必要性の有無、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、国のがん検診事業等の報告である「地域保健・健康増進事業報告」に対応できる集計表を作成する。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

2 乳がん検診精密検査結果の把握

市町又は検診実施機関は、「乳房精密検査依頼書」（様式5号）等により精密検査実施医療機関に精密検査を依頼するとともに、その結果を把握する。

精密検査の結果、がんと診断された者については、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等について記録する。

また、がんが否定された者についても、その後の経過を把握し、追跡することのできる体制を整備することが望ましい。

第10 事業評価

がん検診における事業評価については、令和5年6月に厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会においてとりまとめられた報告書「がん検診事業のあり方について」（以下「報告書」という。）において示された基本的な考え方を基に、「事業評価のためのチェックリスト」*（以下「チェックリスト」という。）等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応的中度、がん発見率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うこととする。

市町は、「チェックリスト（市区町村用）」*を参考とするなどして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、乳がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

また、県は、乳がん部会において、全国がん登録を活用するとともに、「チェックリスト（都道府県用）」*を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等につ

いて専門的な見地から検討を行う。さらに、「チェックリスト（市区町村用及び検診実施機関用）」
※の結果を踏まえ、市町に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。

※ 「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」を参考にする。

「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
(https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第11 検診実施機関

- 1 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で乳がん検診が円滑に実施されるよう、「チェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、乳房エックス線検査等の精度管理に努める。
- 2 検診実施機関は、乳がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- 3 検診実施機関は、精密検査実施医療機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。
- 4 検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間は保存しなければならない。
- 5 検診実施機関は、香川県がん対策推進協議会及び乳がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、実施方法等の改善に努める。
- 6 検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、乳房エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。
 - (1) 検診の実施に関し、事前に乳房エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示を行う責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書（様式6号）を作成し、市町に提出する。なお、市町が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。
 - (2) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。
 - (3) 乳房エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。
 - (4) 乳房エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。
 - (5) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

第12 精密検査等

- 1 乳がん検診において「要精検」とされた場合は、必ず精密検査を受けるよう、あらかじめ全ての検診受診者に周知する。

なお、その際には、精密検査を実施することにより、乳がんの早期治療を行うことができる可能性があるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行うこととする。

- 2 精密検査実施医療機関は、精密検査の結果を、速やかに検査を依頼した者に対し通知する。

第13 ブレスト・アウェアネス

乳がんは、日常の健康管理としてのブレスト・アウェアネスを通じて、しこり（腫瘍）に触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。このため、検診の場で受診者に対し、乳がん検診を定期的を受診することの重要性だけでなく、ブレスト・アウェアネスや、気になる症状がある場合の速やかな医療機関への受診、その際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について普及啓発を図ることが重要である。

(別紙1)

日本医学放射線学会の定める仕様基準

- 1 インバータ式エックス線高電圧装置を備えること
- 2 自動露出制御 (AEC) を備えること
- 3 移動グリッドを備えること
- 4 管電圧の精度・再現性
 - (1) 表示精度：±5%以内 (24~32 k v)
 - (2) 再現性：変動係数 0.02 以下
- 5 光照射野とエックス線照射野のずれ
 - 左右・前後のずれ：SID の 2%
- 6 焦点サイズ
 - 公称 0.3mm のとき、0.45mm×0.65mm 以内
- 7 圧迫板透過後の線質 (半価層、HVL)
 - モリブデン (Mo) ターゲット／モリブデン (Mo) フィルタのとき
(測定管電圧／100) +0.03 ≤ HVL (mmAl) < (測定管電圧／100) +0.12
- 8 乳房圧迫の表示
 - (1) 厚さの表示精度：±5mm 以内
 - (2) 圧迫圧の表示精度：±20N 以内
- 9 A E C の精度
 - (1) 基準濃度：1.5 管理幅：±0.15 以内
(ファントム厚 20、40、60mm 及びこれらの厚さに対して 100mAs 以下のエックス線照射が行える管電圧の選択範囲とする。)
 - (2) 再現性：変動係数 0.05 以下

(別紙2)

検診マンモグラムの読影基準

カテゴリー3以上を要精密検査とする。

A) 読影不能

カテゴリーN

N-1 : 体動、撮影条件不良やポジショニング不良などにより、再検査する必要のあるもの
→要再撮影

N-2 : 乳房や胸部の形状などによりマンモグラフィを再検しても有効でないと予測されるもの
→判定は他の検査方法による

B) 読影可能

カテゴリー1 : 異常なし

異常所見はない。乳房は左右対称で、腫瘤、構築の乱れ、悪性を疑わせる石灰化も存在しない。血管の石灰化、正常大の腋窩リンパ節はこのカテゴリーに入る。高濃度乳房の他に異常所見がなければ、これに含まれる。

カテゴリー2 : 良性

明らかに良性と診断できる所見がある。退縮、石灰化した線維腺腫、乳管拡張症による多発石灰化、オイルシスト、脂肪腫、乳瘤のような脂肪含有病変や、過誤腫のような混合型濃度の病変、乳房内リンパ節、豊胸手術後などがこれに含まれる。

カテゴリー3 : 良性、しかし悪性を否定できず

良性の可能性が非常に高いが、悪性も否定できない。圧迫スポット・拡大撮影や超音波検査など追加検査が必要である。ほとんど境界明瞭かつ平滑な病変（嚢胞、繊維腺腫など）や、良悪性の判定困難な微細石灰化などが含まれる。

カテゴリー4 : 悪性の疑い

乳がん典型的な形態ではないが、悪性の可能性が高い病変で、細胞診や生検も含めた精査が必要である。

カテゴリー5 : 悪性

ほぼ乳がんと考えられる病変。スピキュラを有する高濃度腫瘤や区域性分布を示す微細線状・微細分岐状石灰化などが含まれる。

乳がん検診質問(問診)票

市町名: _____

検診日	年 月 日	画像番号	
ふりがな		住 所	
氏 名		電話番号 () -	
生年月日	年 月 日 (歳)		
身長 :		cm	体重 : kg
※ あてはまるものを○で囲み、()に必要事項を記入してください。			
1 現在、以下のような乳房に関する症状はありますか。 (1)あり ・ (2)なし ↓ しこり・乳房痛・異常乳頭分泌・その他の気になる症状()			
2 月経はありますか (1)あり ・ (2)なし ↓ ↓ (最終月経 年 月 日) (閉経の場合: 歳)			
3 現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか。 (1)あり ・ (2)なし ↓ (現在妊娠中: 週目) (妊娠回数: 回)			
4 乳房の病気にかかったことはありますか。 (1)あり ・ (2)なし ↓ 乳がん・乳腺症・その他(病名:) a 現在治療中 b 年 月頃に治療終了			
5 血縁者に乳がんにかかった人はいますか。 (1)いる ・ (2)いない ↓ (続柄:)			
6 今までに乳がん検診(マンモグラフィ)を受けたことがありますか。 (1) 受けたことがある (最後に受けた時期: 年前) ・ (2) 受けたことがない 検査方法: (車検診 ・ 医療機関 ・ その他) ▶ その時、異常があるとされましたか a はい(その結果は:) b 異常なし			
7 以下に該当するものはありますか。 (1)あり ・ (2)なし ↓ 豊胸術実施者 ・ ペースメーカー装着者 ・ V-Pシャント施行者			

(様式2号)

乳がん検診受診者名簿

市町名：

実施日： 年 月 日

検診場所：

実施人員：

No.：

撮影 画像 No.	氏名	生年月日 年齢	国民健康 保険の被 保険者	住所・電話番号	前年度 受診歴	3年以内 受診歴	検診結果			精密検査の受診			
							マンモグラフィ判定区分			受診 勧奨	精検 受診	精検 未受診	精検受診 不明 (未把握)
							判定不能 N-1 N-2	カテゴリー 1~5	要精検 の有無				

(下段に続く)

偶発症の有無 検診中／検診後		精密検査結果					偶発症の有無 精検中／精検後		備考
重篤な 偶発症	偶発症 による 死亡	異常なし	乳がん (転移性を 含まない)	乳がん のうち 早期がん	早期がん のうち非 浸潤がん	乳がんの 疑い又は 未確定	乳がん以外の 疾患 (転移性の乳が んを含む)	重篤な 偶発症	

乳がん検診結果記録票

市町名

ふりがな 氏名	住所		() -																																													
生年月日	年 月 日 (歳)		撮影日	年 月 日																																												
			画像No.																																													
検診 機関名			検診機 関住所	() -																																												
前回	年度・画像No.		判定:	精検結果:																																												
画像評価	優 ・ 良 ・ 可 ・ 不可																																															
マンモグラフィ読影所見	乳腺評価(脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 高濃度) <input type="checkbox"/> 豊胸術後																																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">所見</th> <th>R</th> <th>L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">腫瘍 ・ 非対称</td> <td>境界明瞭</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>境界不明瞭</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>微細分葉状</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>微細鋸歯状</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">石灰</td> <td>スピキュラ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>びまん性</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>領域性</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>集簇性</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>線状</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>区域性</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>構築の乱れ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>L N</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>皮膚所見</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			所見		R	L	腫瘍 ・ 非対称	境界明瞭			境界不明瞭			微細分葉状			微細鋸歯状			石灰	スピキュラ			びまん性			領域性			集簇性			線状			区域性			構築の乱れ			L N			皮膚所見	
所見		R	L																																													
腫瘍 ・ 非対称	境界明瞭																																															
	境界不明瞭																																															
	微細分葉状																																															
	微細鋸歯状																																															
石灰	スピキュラ																																															
	びまん性																																															
	領域性																																															
	集簇性																																															
	線状																																															
区域性																																																
構築の乱れ																																																
L N																																																
皮膚所見																																																
カテゴリー	【右】		【左】																																													
	一次読影	二次読影	一次読影	二次読影																																												
	<input type="checkbox"/> N-1	<input type="checkbox"/> N-1	再撮影	<input type="checkbox"/> N-1																																												
	<input type="checkbox"/> N-2	<input type="checkbox"/> N-2	無効・触診で判定	<input type="checkbox"/> N-2																																												
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	異常なし	<input type="checkbox"/> 1																																												
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	良性	<input type="checkbox"/> 2																																												
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	良性、しかし悪性も否定できず	<input type="checkbox"/> 3																																												
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	悪性の疑い	<input type="checkbox"/> 4																																												
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	悪性	<input type="checkbox"/> 5																																													
一次読影	医師名	読影月日	年 月 日																																													
二次読影	医師名	読影月日	年 月 日																																													
判定	<input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 良性 <input type="checkbox"/> 3 良性、しかし悪性も否定できず <input type="checkbox"/> 4 悪性の疑い <input type="checkbox"/> 5 悪性																																															
マンモグラフィ検査中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの		・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()																																														

乳がん検診結果通知書

様

○印があなたの検診結果です。

- 1 精密検査不要 … 今回の乳がん検診の結果、異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。

ただし、マンモグラフィ検査ですべての乳がんを発見することはできません。

今回の検査で異常がなくても、しこり、乳房のひきつれ、乳頭から血性の液が出る、乳頭の湿疹やただれなどの自覚症状があった場合は、早い時期に乳腺専門の医療機関を受診されるようお勧めします。

また、症状がなくても2年に1度は必ず検診を受けましょう。

- 2 要精密検査 … 今回の乳がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

乳がん検診により異常を認めます。

自覚症状がない場合もありますので、検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、できるだけ早く乳腺専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。

<精密検査の際には、以下のものを必ず持参してください。>

- ・乳房精密検査依頼書
- ・マイナ保険証または資格確認書

年 月 日

検診機関名 _____

担当医師 _____

乳房精密検査依頼書

① 乳房精密検査実施医療機関保存用

乳房精密検査実施医療機関 殿

市町名 _____

下記の方は乳がん検診の結果、精密検査を要するののでよろしくお願ひいたします。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

ふりがな			
氏名		住所	() -
生年月日	年 月 日	(年齢 歳)	

マンモグラフィ	検診日		画像No.	
	検診機関名		検診機関住所	() -
	一次読影		二次読影	
	医師名:	読影月日 年 月 日	医師名:	読影月日 年 月 日
	所見:		所見:	
	カテゴリー:【右】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 【左】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		カテゴリー:【右】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 【左】 <input type="checkbox"/> N-1 <input type="checkbox"/> N-2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
判定:(1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) <input type="checkbox"/> 良性 (3) <input type="checkbox"/> 良性、しかし悪性を否定できず (4) <input type="checkbox"/> 悪性の疑い (5) <input type="checkbox"/> 悪性		判定:(1) <input type="checkbox"/> 異常なし (2) <input type="checkbox"/> 良性 (3) <input type="checkbox"/> 良性、しかし悪性を否定できず (4) <input type="checkbox"/> 悪性の疑い (5) <input type="checkbox"/> 悪性		

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
<input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 0期がん(Tis) <input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> Paget病 <input type="checkbox"/> I期がん(T1NO:2cm以下でリンパ節転移のないもの) <input type="checkbox"/> II期以上のがん(腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) <input type="checkbox"/> 微小浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌: <input type="checkbox"/> 腺管形成型 <input type="checkbox"/> 充実型 <input type="checkbox"/> 硬性型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 特殊型: <input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 管状癌 <input type="checkbox"/> その他()	
3 精密検査方法	
<input type="checkbox"/> 乳房の転移性腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 <input type="checkbox"/> 乳がん以外の乳房の疾患 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 外科的生検 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 来院なし

4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
<input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 通院治療 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	() -
乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	担当医師名 記載日 年 月 日

乳房精密検査結果報告書(検診実施機関用)

② 乳房一次検診実施機関保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな			
氏名		住所	() -
生年月日	年 月 日	(年齢)	歳

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
(1) <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 0期がん(Tis) (<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> Paget病) <input type="checkbox"/> I期がん(T1NO:2cm以下でリンパ節転移のないもの) <input type="checkbox"/> II期以上のがん(腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) <input type="checkbox"/> 微小浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌: (<input type="checkbox"/> 腺管形成型 <input type="checkbox"/> 充実型 <input type="checkbox"/> 硬性型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 特殊型: (<input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 管状癌 <input type="checkbox"/> その他())	
(2) <input type="checkbox"/> 乳房の転移性腫瘍 (3) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 乳がん以外の乳房の疾患 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他() (5) <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() (6) <input type="checkbox"/> 異常なし	3 精密検査方法 (1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	() - 担当医師名 記載日 年 月 日
乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	

乳房精密検査結果報告書(市町用)

③ 市町保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな			
氏名		住所	() -
生年月日	年 月 日	(年齢)	歳

精密検査(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査結果	2 部位
(1) <input type="checkbox"/> 原発性乳がん <input type="checkbox"/> 0期がん(Tis) (<input type="checkbox"/> 非浸潤性乳管癌 <input type="checkbox"/> 非浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> Paget病) <input type="checkbox"/> I期がん(T1NO:2cm以下でリンパ節転移のないもの) <input type="checkbox"/> II期以上のがん(腫瘍が2cmより大きいか転移のあるもの) <input type="checkbox"/> 微小浸潤癌 <input type="checkbox"/> 浸潤性乳管癌: (<input type="checkbox"/> 腺管形成型 <input type="checkbox"/> 充実型 <input type="checkbox"/> 硬性型 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 特殊型: (<input type="checkbox"/> 浸潤性小葉癌 <input type="checkbox"/> 管状癌 <input type="checkbox"/> その他())	
(2) <input type="checkbox"/> 乳房の転移性腫瘍 (3) <input type="checkbox"/> 乳がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 乳がん以外の乳房の疾患 <input type="checkbox"/> 乳管内乳頭腫 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 葉状腫瘍 <input type="checkbox"/> 乳腺症 <input type="checkbox"/> その他() (5) <input type="checkbox"/> 乳房以外の悪性腫瘍() (6) <input type="checkbox"/> 異常なし	3 精密検査方法 (1) <input type="checkbox"/> マンモグラフィ (2) <input type="checkbox"/> 超音波検査 (3) <input type="checkbox"/> 細胞診 (4) <input type="checkbox"/> 針生検 (5) <input type="checkbox"/> CT (6) <input type="checkbox"/> MR-マンモグラフィ (7) <input type="checkbox"/> 外科的生検 (8) <input type="checkbox"/> その他() (9) <input type="checkbox"/> 来院なし
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施機関名
(1) <input type="checkbox"/> 要手術 (予定日 年 月 日) (2) <input type="checkbox"/> 入院治療 (3) <input type="checkbox"/> 通院治療 (4) <input type="checkbox"/> 経過観察 (5) <input type="checkbox"/> 他院紹介(病院名) (6) <input type="checkbox"/> 特に指示なし 乳がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	() - 担当医師名 記載日 年 月 日

(様式6号)

年度 乳がん検診実施計画書

年 月 日

市・町長 様

検診実施機関住所 _____

(法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 _____

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話 — — (担当者名)

下記のとおり、乳がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 — TEL : — — FAX : — —
2 検診実施期間 ^{※1}	年 月 日 時～ 時
3 検診実施場所 ^{※1} (検診車による巡回検診である場合は、 その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に対応する 医師 ^{※2}	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。