※実施検査方法を○で囲んでください。
マ…マンモグラフィー
エ…超音波（エコー）

# 乳癌検診実施結果報告書

| 事業所記号 | |
|---|---|

◎被保険者証の番号順に記入してください。
結果区分…1.所見なし 2.略正常 3.要観察 4.要再検 5.要治療 6.治療中

| 証番号 | 氏　　名 | 年齢 | 生年月日 | 検査年月日 | 方法 | 検査結果 | 診察所見 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |
| | | | S<br>H　．　． | R　．　． | マ<br>エ | 1・2・3・4・5・6 | |

□記入漏れなどがある場合、ご担当者様に確認のお電話をさせていただきます。
　また、その場合処理にお時間が掛かりますのであらかじめご了承ください。
□用紙が不足する場合、この面をコピーしていただき、続紙としてお使いください。
□今年度25歳以上の方が対象となります。