

マンモグラフィ検査 説明書(患者様用)

依頼医療機関名

依頼医

患者名

年齢

歳

性別

(男 ・ 女)

検査予約日時: 年 月 日 () 時 分

検査当日は、

マンモグラフィ検査依頼書(依頼病院からお渡しされます)、マイナンバーカード(保険証)、診察券をお持ちの上、**総合受付窓口** で受付後、予約時間の15分前までに放射線技術科窓口にお越し下さい。

緊急検査等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので、予めご了承下さい。

検査時間は15分ほどです。

検査当日の食事制限はありません。

金属があると画像に影響がでますので、必ずはずしてもらいます。
できるだけ、金具のない服装で来られることをお勧めします。
(ネックレスなど)

月経直前から月経中は乳房が張り、痛みが増すことがありますので
検査日は、月経直後から10日目頃までの検査が望ましいとされています。

マンモグラフィ検査(乳房X線撮影)では、乳房を強く圧迫します。
圧迫の時に少し痛みがある場合がありますが、我慢できない時は担当者にお申し出ください。

以下の内容に1つでもあてはまる場合、撮影できない場合があるため主治医に申し出てください。
妊娠の可能性ある CVポートがある
ペースメーカーがある 持続血糖値測定器(リブレ等)・インスリンポンプがある
V-Pシャントがある 豊胸術後である
ご不明な場合は済衆館病院 放射線科までお問い合わせください。

専門医にて二次読影まで行うため、結果郵送まで2週間ほど頂いております。

視触診は依頼元の主治医にて施行後、ご来院ください。
(当院ではマンモグラフィ検査のみ承っております。)

ご都合がつかず検査を延期又は中止されたい方は、できるだけ早く連絡して下さい。

◎予約変更の場合には診察券の番号が必要になりますので、予めお調べになった上で
ご連絡くださいますようお願いいたします

済衆館病院

電話番号

0568-21-0811

マンモグラフィ検査 依頼書

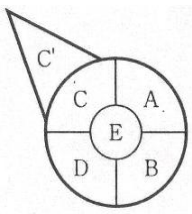
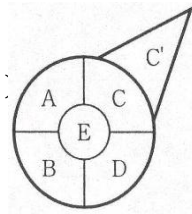
依頼医療機関名 _____

依頼医師 _____

患者名 _____

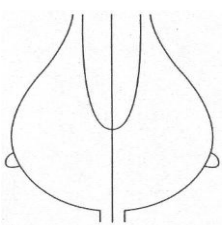
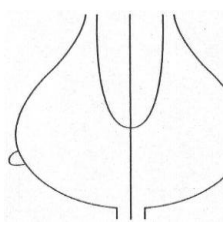
年齢 _____ 歳 性別 (男 ・ 女)

☆視触診 触診日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

	右		左
1 乳頭 びらん (+ ・ -) 変形 (+ ・ -) 分泌物 (+ [血・漿・膿・乳] ・ -)		1 乳頭 びらん (+ ・ -) 変形 (+ ・ -) 分泌物 (+ [血・漿・膿・乳] ・ -)	
2 腫瘍 位置 () ・硬結 硬さ () 大きさ (cm × cm) 表面の粒状 (不正 ・ 平滑) (可動性 ・ 非可動性)		2 腫瘍 位置 () ・硬結 硬さ () 大きさ (cm × cm) 表面の粒状 (不正 ・ 平滑) (可動性 ・ 非可動性)	
3 その他 ()		3 その他 ()	

視触診所見	判定	A : 異常なし B : ほぼ正常 C : 要経過観察 D : 要再検・要精査 E : 要治療
視触診医 _____		

☆マンモグラフィ 撮影日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 撮影技師 _____

第一読影		第二読影	
乳腺の評価 (脂肪性・乳腺散在・不均一高濃度・高濃度)		乳腺の評価 (脂肪性・乳腺散在・不均一高濃度・高濃度)	
右		左	
腫瘍	腫瘍	腫瘍	腫瘍
石灰化	石灰化	石灰化	石灰化
その他	その他	その他	その他
カテゴリー ()	カテゴリー ()	カテゴリー ()	カテゴリー ()

第一読影医 _____

第二読影医 _____

マンモグラフィ所見	判定	A : 異常なし B : ほぼ正常 C : 要経過観察 D : 要再検・要精査 E : 要治療
マンモグラフィ判定医 _____		