

熱海市乳がん検診の実施について（お願い）

時下、貴院におかれましては益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

当市では、市外の医療機関または健診センターにて乳がん検診を受けた場合、その費用の一部助成（償還払い）を実施しております。

つきましては、対象者への検診の実施および結果を記載し返却をお願いいたします。

1 費用助成の範囲

- (1) 乳がん検診を受けた日が令和8年6月1日～翌年の2月末日の間であること
- (2) 医療保険を使用していないこと

2 検査項目・方法（参考）

(1) 問診

月経の状況、妊娠・出産回数、授乳、婦人科疾患の既往歴、家族歴、自覚症状、過去の検診受診の有無等

(2) 乳房エックス線検査

原則、内外斜位方向撮影（MLO法）を行う。

なお、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共に頭尾方向撮影（CC法）を行う。また、50歳以上においても、医師が必要と認めた場合にも内外斜位方向撮影と共に頭尾方向撮影（CC法）を行う。

3 結果の記入と返却

結果について、別紙の様式1-2へ記入し対象者へお渡しください。結果が精密検査等、所見があった場合、受診が必要な場合には受診勧奨をお願いします。

御不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

熱海市役所（保健センター）健康づくり課 健康づくり室
開庁時間：月～金曜日 8時30分～17時15分
電話：0557-86-6294

乳がん検診 結果票

※黒枠内を事前に記入し、医療機関へお持ちください

ふりがな		生年月日	昭和 年 月 日生まれ
名前			
次の1～10の問診にお答えください。			
1. 初経年齢(歳) ・閉経年齢(歳)		7. 自分または血縁関係がある人で、がんにかかった人がいる場合は記入してください。 続柄()→部位() 続柄()→部位() 続柄()→部位()	
2. 最近の月経(月 日から 日間) → 周期(規則的 ・ 不規則)		8. 乳房に下記の症状があれば○をつけてください。 ・しこり ・ひきつれ ・くぼみ ・痛み(どんな痛みですか:) ・乳頭から分泌物(何色ですか:)	
3. 初産年齢(歳) ・出産回数(回) ・妊娠回数(回) ・自然流産(回) ・人工流産(回)		9. 乳がん検診を受けたことがありますか。 なし・あり(前回の検診: 年 月頃) (結果: 異常なし・異常あり)	
4. 授乳(母乳・人工・混合)		＜異常ありの方のみ: 詳しい検査を 受けた・受けない＞	
5. 乳房の異常を指摘されたことがありますか。 なし・あり(診断名: 歳)		10. 気になることがありましたら記入してください。 { }	
6. 婦人科疾患や豊胸術等の手術、ホルモン治療をしたことがありますか。 なし・あり(歳)			

(医療機関記入欄)

検診実施日	年 月 日
検査方法	該当する検査方法に○をつけてください ・MLO 法のみ実施 ・MLO 法と CC 法両方実施
＜結果＞	
1. 精密検査不要	
2. 要精密検査	
3. その他の所見 (所見名:)	
4. 判定困難	
医療機関名	医師名