

マンモグラフィ併用検診原簿 No.

				1次検診医療機関名		実施年月 年 月				
番 号	実施 月日	住 所 電話番号	氏 名 生年月日(年齢)	1回目カテゴリー		総 合 判 定			自己負担免除の区分	
				右	左	診断結果	診断名	指 示	健康保険資格の区分	
	月		フリガナ	1	1	1. 精検不要 3. 要精検	2. 乳がん疑 3. 乳腺症疑 4. 乳腺線維腺腫疑 5. 乳腺腫瘍疑 6. 異常分泌症疑 7. のうぼう症疑 S. その他	1. 2年後受診でよい 2. ()か月後再検 7. 精密検査機関紹介 9. その他 ()	1. 70歳以上の方 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 3. 道老受給者 4. 生活保護世帯の方 5. 非課税世帯の方 旭川市国民健康保険 1. 有	
	日			M・T・S	2					2
				年 月 日	3					3
				電話番号	4					4
			(歳)	5	5					
	月		フリガナ	1	1	1. 精検不要 3. 要精検	2. 乳がん疑 3. 乳腺症疑 4. 乳腺線維腺腫疑 5. 乳腺腫瘍疑 6. 異常分泌症疑 7. のうぼう症疑 S. その他	1. 2年後受診でよい 2. ()か月後再検 7. 精密検査機関紹介 9. その他 ()	1. 70歳以上の方 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 3. 道老受給者 4. 生活保護世帯の方 5. 非課税世帯の方 旭川市国民健康保険 1. 有	
	日			M・T・S	2					2
				年 月 日	3					3
				電話番号	4					4
			(歳)	5	5					
	月		フリガナ	1	1	1. 精検不要 3. 要精検	2. 乳がん疑 3. 乳腺症疑 4. 乳腺線維腺腫疑 5. 乳腺腫瘍疑 6. 異常分泌症疑 7. のうぼう症疑 S. その他	1. 2年後受診でよい 2. ()か月後再検 7. 精密検査機関紹介 9. その他 ()	1. 70歳以上の方 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 3. 道老受給者 4. 生活保護世帯の方 5. 非課税世帯の方 旭川市国民健康保険 1. 有	
	日			M・T・S	2					2
				年 月 日	3					3
				電話番号	4					4
			(歳)	5	5					
	月		フリガナ	1	1	1. 精検不要 3. 要精検	2. 乳がん疑 3. 乳腺症疑 4. 乳腺線維腺腫疑 5. 乳腺腫瘍疑 6. 異常分泌症疑 7. のうぼう症疑 S. その他	1. 2年後受診でよい 2. ()か月後再検 7. 精密検査機関紹介 9. その他 ()	1. 70歳以上の方 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 3. 道老受給者 4. 生活保護世帯の方 5. 非課税世帯の方 旭川市国民健康保険 1. 有	
	日			M・T・S	2					2
				年 月 日	3					3
				電話番号	4					4
			(歳)	5	5					
	月		フリガナ	1	1	1. 精検不要 3. 要精検	2. 乳がん疑 3. 乳腺症疑 4. 乳腺線維腺腫疑 5. 乳腺腫瘍疑 6. 異常分泌症疑 7. のうぼう症疑 S. その他	1. 2年後受診でよい 2. ()か月後再検 7. 精密検査機関紹介 9. その他 ()	1. 70歳以上の方 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 3. 道老受給者 4. 生活保護世帯の方 5. 非課税世帯の方 旭川市国民健康保険 1. 有	
	日			M・T・S	2					2
				年 月 日	3					3
				電話番号	4					4
			(歳)	5	5					