

# 乳腺エコー ※ガイドラインに準ずる

★検査チェックシートに「乳腺超音波」の項目があることを確認する

①QR読み込み→「単独検査」を選択し、「乳腺超音波」から読み込む

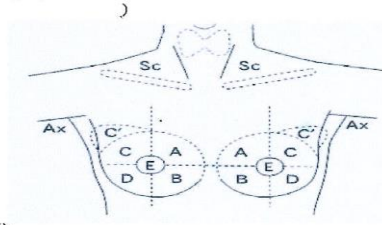
※属性転送方法については別紙参照

※腹部の項目で乳腺を検査してもレポートで画像は表示されないの、必ず検査する臓器を選択して転送すること

②受診表ファイルに入っている「乳がん検診個人記録票(超音波)」を抜き取る

→太枠内は本人より記入してもらう。

→左上にシールを1枚貼る。検査者に押印又はサイン(用紙中段)

カルテNo. _____		検診年月日 年 月 日		
乳がん検診個人記録票(超音波)				
フリガナ 氏名 _____		生年月日 _____	昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ( _____ 歳)	
問診事項		視触診所見		
1. 乳がん検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない (受診内容に○を付けてください) 前年 (視触診・マンモグラフィ・超音波) 前々年 (視触診・マンモグラフィ・超音波)	<input type="checkbox"/> 所見なし 98 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> (R・L) 乳腺症 0682 <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> (R・L) 腫瘍 02 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 乳腺腫瘍 0683 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 硬結 01 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 乳腺腫瘍 0680 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 分泌物 07 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 乳腺炎 0691 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) その他 99 <input type="checkbox"/>			
2. 今まで乳房の病気にかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名: _____)				
3. お産をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (子供の人数: _____ 人)				
4. 授乳中ですか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	指導区分 A.異常なし B.軽度異常 C12.要経過観察 E.要精密検査 D.要治療 F.治療継続			
5. 家族(血族:祖母、母、おば、姉妹)で乳がんになった方がいらっしゃいますか。 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> おば <input type="checkbox"/> 姉妹				
6. 下記に該当するものはありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 乳房のしこり (右・左) ( _____ か月前から) <input type="checkbox"/> 乳房から液が出る (右・左) ( _____ か月前から) <input type="checkbox"/> 乳房や乳首の変形 (右・左) ( _____ か月前から)	検査担当 医師名 _____ 判定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
7. 月経についてご記入ください。 ① 初潮 _____ 歳 _____ 日から _____ 日間 ② 最近の月経 _____ 月 _____ 日から _____ 日間 ③ <input type="checkbox"/> 閉経 _____ 歳 <input type="checkbox"/> 月経がない	身長 _____ cm 体重 _____ kg			
超音波所見	検査日	年 月 日	検査員 印	
R <input type="checkbox"/> 所見なし 【腫瘍】 <input type="checkbox"/> 嚢胞 区域 _____ 方向 _____ <input type="checkbox"/> 混合性病変 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 乳癌、乳癌疑い <input type="checkbox"/> 充塞性病変 <input type="checkbox"/> その他 腫瘍サイズ 長径 × 短径 × 高さ mm 腫瘍性状 形状 (円形・多角形・分葉形・不整形) 境界 (平滑・粗糙・不明瞭) 内部エコー (無・ハロー (+)・増強) 縦横比 (大・細・粗大) 【非腫瘍性病変】 <input type="checkbox"/> 乳管拡張 <input type="checkbox"/> 乳管内病変 <input type="checkbox"/> 小嚢胞集塊 <input type="checkbox"/> 低エコー領域	L <input type="checkbox"/> 所見なし 【腫瘍】 <input type="checkbox"/> 嚢胞 区域 _____ 方向 _____ <input type="checkbox"/> 混合性病変 <input type="checkbox"/> 線維腺腫 <input type="checkbox"/> 乳癌、乳癌疑い <input type="checkbox"/> 充塞性病変 <input type="checkbox"/> その他 腫瘍サイズ 長径 × 短径 × 高さ mm 腫瘍性状 形状 (円形・多角形・分葉形・不整形) 境界 (平滑・粗糙・不明瞭) 内部エコー (無・ハロー (+)・増強) 縦横比 (大・細・粗大) 【非腫瘍性病変】 <input type="checkbox"/> 乳管拡張 <input type="checkbox"/> 乳管内病変 <input type="checkbox"/> 小嚢胞集塊 <input type="checkbox"/> 低エコー領域		所見記入不要	
<判定区分> A 異常なし B 軽度異常 C12 要経過観察 E 要精密検査 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 乳腺のう胞 0689 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) その他 0999 <input type="checkbox"/> D 要治療 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 乳管拡張 0699 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 低エコー域(局所性) 16 <input type="checkbox"/> 判定日 _____ F 治療継続 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (R・L) 乳管内充塞性 13 <input type="checkbox"/>		<読影医> _____ 年 月 日		
入力者	入力日	チェック者	チェック日	

③レポートの【STELLAR】で、前回判定がE判定(要精査)の場合は、下記項目を受診者から聴取し、レポートの「検査コメント」欄に入力する。

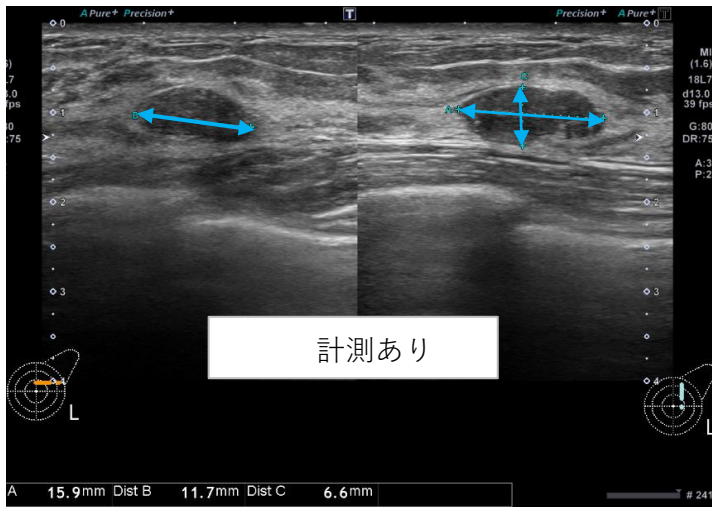
- ・受診の有無
- ・受診した場合、医師からどのように言われているか(診断名)
- ・経過観察をしているか(受診期間など)

④検査はどちらの胸から検査しても良い。必ずボディマークはつけること。

◎基本画像 AC領域で乳腺が一番厚い箇所 各1枚ずつ



◎計測 2方向で描出し、3点で計測する。画像は、計測あり・なし両方保存する。



※カラードプラやエラストグラフィーは適宜使用。

⑤レポート入力

- ・「部位1」 右・左・両側
- ・「部位2」 区域
- ・「所見」

・「カテゴリー」 ※ガイドラインに準ずる

上記4つをレポート下段より選択し、入力する。

乳腺エコーでは、レポートへの画像貼り付けは不要。

★検査コメント欄に入力する内容

- ・前回受診歴 ※他機関で受診した内容は必須
- ・担当名
- ・前回が要精査だった場合の内容 ※詳細前項参照
- ・個人記録表に記入されている内容で医師に伝える必要があるもの (自覚症状、乳がん家族歴、授乳中など)

【注意】皮下腫瘍→所見は「腫瘍」を選択し、検査コメント欄に皮下腫瘍であることを明記。  
医師が画像を確認し、問題なければ診断名で「皮下腫瘍」を入力する