福島市女性（乳がん）検診実施要綱

（目　的）

第１条　この要綱は、健康増進法（平成１４年法律第１０３号）第１９条の２に基づき、乳がんの早期発見及び早期治療を促進し、市民の健康保持と増進を図ることを目的とする。

（対象者）

第２条　検診を受けることができる者は、本市に住民基本台帳法（昭和６２年法律第８１号）の住民基本台帳に登録を有し、４０歳（年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の者で市長が別に定めるものとする。

（実施回数）

第２条の２　実施回数は、原則として２年に１回とする。

（検診方法）

第３条　検診方法は、個別検診とする。

（個別検診）

第４条　個別検診は、市長が一般社団法人福島市医師会（以下「福島市医師会」という。）に委託し、福島市医師会に登録した乳がん個別登録医療機関（以下「実施医療機関」という。）が実施するものとする。

２　実施期間及び検査項目は、市長が別に定めるものとする。

３　検診により撮影した乳房エックス線画像の読影については、福島市医師会乳がん検診読影委員会において再読影する。

（個別検診実施報告）

第５条　実施医療機関は、福島市医師会乳がん検診読影委員会の読影結果報告書に基づき、受診者に検診結果を説明すると共に事後指導を行う。

２　福島市医師会は、乳がん検診結果報告書により市長へ報告しなければならない。

（精度管理）

第６条　実施医療機関の担当医師は、実施医療機関を対象とした研修会や勉強会に参加し、診断技術の向上と精度管理に努めなければならない。

（自己負担金の徴収）

第７条　検診に係る費用については、市長が別に定めるものとする。

（委託料金）

第８条　市長は、福島市医師会と業務委託契約を締結し、支払うものとする。

（事後指導）

第９条　福島市医師会及び実施医療機関は、精密検査の対象者に対しては必要に応じ指導するものとし、健康相談及び健康教育等他の保健事業と関連させ、事後の指導を行うものとする。

（補　則）

第１０条　この要綱に定めるもののほか、乳がん検診の実施に必要な項目については、市長が別に定めるものとする。

附　則　この要綱は、昭和６３年８月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成　４年６月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１０年６月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１１年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１６年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１７年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１８年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成２０年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成２３年５月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成２８年４月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。
附　則　この要綱は、令和　３年４月１日から施行する。

福島市女性(乳がん)検診（個別）実施要領

福島市女性（乳がん）検診実施要綱に基づく女性（乳がん）検診（医療機関個別方式）を福島市医師会に委託し、次の要領により実施する。

１　対象者

（１）福島市に住民登録を有する年度内４０歳以上の偶数歳の者（40、42、44・・・）で、職場等で受診機会のない者。奇数年齢の者であっても前年度未受診の場合は対象とする。実施回数は１人年１回とする。ただし、市長が必要と認めた場合は、この限りではない。

（２）上記対象者のうち、下記の者は除く。

ア　乳房疾患による治療中の者

イ　乳がんの既往がある者

ウ　マンモグラフィの撮影範囲内に人工物等が入っている者（豊胸手術歴(ヒアルロン酸、脂肪注入も含む)のある者、ポート、シャントチューブ等を使用している者）

エ　ペースメーカーおよびＩＣＤの装着者

オ　妊娠中や妊娠の可能性のある者

カ　授乳中の者（卒乳後６か月を経過している場合は可とする）

キ　乳房腫瘤等の自覚症状を有する者

ク　その他マンモグラフィ検査が適さないと医師が判断した者

２　実施期間

実施期間は、毎年６月１日から１２月３１日までとする。

３　検査項目

(1)	問診	乳がんの家族歴、既往歴、月経及び妊娠等に関する事項、乳房の状態、過去の検診受診状況等を聴取する。
(2)	乳房Ｘ線検査 (マンモグラフィ)	両側乳房について内外斜位方向撮影を行う（一方向）。 ４０歳以上５０歳未満の対象者は、内外斜位方向撮影とともに、頭尾方向撮影も併せて行う（二方向）。
(3)	読影	実施医療機関と福島市医師会乳がん検診読影委員会との二重読影とする。
(4)	自己触診の指導	福島市が作成した検診説明用リーフレットを受診者に渡し、自己触診法の啓発を行い、定期的な実施を促す。また、乳房に異常を感じた場合は、検診ではなく、速やかに乳房疾患を専門とする医療機関を受診するよう指導する。

４　実施医療機関

検診を行う医療機関は、福島市医師会に登録し、次の条件を満たした医療機関とす

る。ただし、福島市乳がん検診精度管理委員会が認めた場合はこの限りではない。

(1)マンモグラフィ装置が日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たしていること。

(2)乳房Ｘ線撮影における線量及び写真の画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構の行う施設画像評価で、ＡまたはＢの評価を受けること。ＣまたはＤ評価、施設画像評価を受けていない場合は、至急改善すること。

(3)放射線技師は、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会を修了し、その評価試験でＡまたはＢの評価を受けること。ＣまたはＤ評価、講習未受講の場合は、至急改善すること。

(4)医師は、日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する読影講習会を修了し、その評価試験でＡまたはＢの評価を受けること。ＣまたはＤ評価、講習未受講の場合は、至急改善すること。

5　検診料と自己負担金

検診料と自己負担金は別表の通り（消費税含む）とする。ただし、次の者は免除とする。

(1)満７０歳以上の者（検診当日７０歳の者も含む）、または６５歳以上で後期高齢者医療被保険者

(2)生活保護世帯の者（本人の申出による）

(3)市民税非課税世帯の者（自己負担金免除についての「確認証」により確認する）

(4)無料クーポン対象者

別表

乳がん検診	検診料	自己負担金
一方向	4,670 円	1,000 円
二方向	7,760 円	1,800 円

6　申込み方法

検診を希望する対象者は、直接実施医療機関窓口に電話等で申し込みを行う。

7　実施方法

実施医療機関は次により実施する。

なお、検診受診時に福島市が作成する検診説明用リーフレットを受診者に配布するものとする。

①	申込みの受付	受診対象者であること及び保険診療にあたらないことを確認し、受診当日の留意事項・持参物を説明する。
②	受診券の確認	受診券シールを回収する。受診券シールがない場合は、受診券番号の確認、転記をする。

③	問診票の記入	様式[１]「福島市乳がん検診問診票兼結果報告書①②③④（以下「乳がん検診結果報告書」という）」を記入する。 受診券シールは「乳がん検診結果報告書②福島市へ」に貼付し、受診券番号欄には番号を転記する。医療機関コード欄には、診療報酬明細書と同じ７桁の番号を記入する。
④	自己負担金の徴収	自己負担金を徴収し、乳がん検診結果報告書の下欄「自己負担金」の１～４の該当番号を○で囲む。免除者の取り扱いについては、実施要領別冊を参照し処理する。
⑤	福島市医師会へ提出	別紙[１]福島市乳がん検診判定基準により判定し、「乳がん検診結果報告書②③④」を切り離さずに、乳房Ｘ線画像と一緒に１週間分まとめて福島市医師会へ提出する。
	読影会の開催	毎週開催。福島市医師会は読影終了後、「乳がん検診結果報告書③④」と乳房Ｘ線画像を各医療機関へ、「乳がん検診結果報告書②」を医療機関別にして福島市へ送付する。
⑥	受診者への結果説明	「乳がん検診結果報告書④」により、受診者に速やかに検診結果を説明するとともに、事後指導に努める。
	要精検者への説明	一次検診の結果､要精密検査者については、精密検査を受診するよう指導する。

８　実施報告

実施医療機関は、様式[２]「市民検診実施報告書」を記入し、翌月１５日まで福島市に提出する。

９　精度管理

実施医療機関の担当医師は、実施医療機関を対象とした研修会や勉強会に参加し、診断技術向上および精度管理に努める。

１０　記録の保存

乳房Ｘ線画像、問診記録、検診結果等は、少なくとも５年間保存しなければならない。

１１　その他

福島市・福島市医師会及び実施医療機関は、要精検者の受診勧奨を行う。また、実施医療機関は、次により精密検査を実施する。

なお、精密検査の実施基準については、別紙［２］女性（乳がん）精密検査実施要項によるものとする。

①	精密検査の費用は保険診療とする。

②	精密検査は、一次検診所見に基づき行い、必要があれば病理組織学的検査を実施する。 精密検査を実施した医療機関は、検査結果を様式〔３〕「福島市乳がん精密検査依頼書・精密検査結果報告書」により一次医療機関と福島市へ報告する。 精密検査を実施しない医療機関は、精密検査実施医療機関（別紙〔２〕）に対し、様式〔３〕「福島市乳がん精密検査依頼書・精密検査結果報告書」の上段を記載のうえ、乳がん検診結果報告書のコピーと乳房Ｘ線画像を添付して精密検査を依頼する。
③	「乳がん」と診断がついた際は、様式〔４〕「福島市乳がん検診乳癌症例追跡調査票」を記入し、福島市に提出する。

附　則　この要領は、平成２９年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、平成３０年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、平成３１年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　２年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　３年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　６年　４月　１日より施行する。

様式[1]

福島市乳がん検診問診票

※現在、妊娠または妊娠している可能性のある方は、 市民検診（乳がん検診）を受けることができません。

【問診項目】あてはまるところを○で囲んで下さい

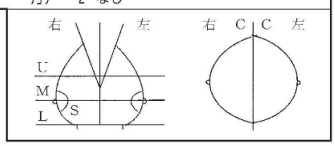
検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな		生年月日	大正 昭和　年　月　日（　歳）
氏名			

前回受診歴	初めて ・（　）年前	閉経状況	閉経前・閉経後（閉経　歳頃）
前回の検査方法	視触診 ・ マンモ ・ 超音波	妊娠	妊娠（　）回 出産（　）回 現在妊娠中（　ヶ月）
前回の結果	異常なし ・ 要精密検査（受けた・受けない）	セルフチェック	a していない b ときどき c 毎月
乳腺手術歴	なし ・ あり（右・左・両側）（病名　）	現在の症状 しこり	なし ・ あり（右・左・両側）
乳癌家族歴	なし ・ あり（母・姉・妹・娘）	痛み	なし ・ あり（右・左・両側）
		乳頭分泌	なし ・ あり（右・左・両側）

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきますので、ご承知の上受診願います。

【マンモグラフィ所見】　医療機関報告

		右	左
異常所見		なし・あり （腫瘤・石灰化・その他）	なし・あり （腫瘤・石灰化・その他）
腫瘤	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径（　.　）cm	長径（　.　）cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり 血管 その他（　）	なし・あり 血管 その他（　）
	微細石灰化 形態	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
	微細石灰化 分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
その他	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	乳腺実質	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
	皮膚	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
	リンパ	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
カテゴリー判定		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
比較読影		1 あり（　年　月） 2 なし	



医療機関コード
医療機関名
☎（　）
担当医師名

一方向・二方向

自己負担金
1 有料　2 70・後　3 生保　4 非課税 No.

① 医療機関控

福島市乳がん検診結果報告書

（受診券シール貼付）

※現在、妊娠または妊娠している可能性のある方は、 市民検診（乳がん検診）を受けることができません。

【問診項目】あてはまるところを○で囲んで下さい

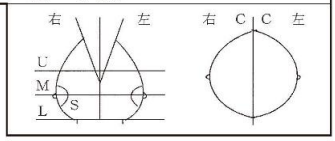
検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな		生年月日	大正 昭和　年　月　日（　歳）
氏名			

前回受診歴	初めて ・（　）年前	閉経状況	閉経前・閉経後（閉経　歳頃）
前回の検査方法	視触診 ・ マンモ ・ 超音波	妊娠	妊娠（　）回 出産（　）回 現在妊娠中（　ヶ月）
前回の結果	異常なし ・ 要精密検査（受けた・受けない）	セルフチェック	a していない b ときどき c 毎月
乳腺手術歴	なし ・ あり（右・左・両側）（病名　）	現在の症状 しこり	なし ・ あり（右・左・両側）
乳癌家族歴	なし ・ あり（母・姉・妹・娘）	痛み	なし ・ あり（右・左・両側）
		乳頭分泌	なし ・ あり（右・左・両側）

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきますので、ご承知の上受診願います。

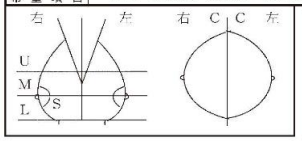
【マンモグラフィ所見】　医療機関報告

		右	左
異常所見		なし・あり （腫瘤・石灰化・その他）	なし・あり （腫瘤・石灰化・その他）
腫瘤	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径（　.　）cm	長径（　.　）cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり 血管 その他（　）	なし・あり 血管 その他（　）
	微細石灰化 形態	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
	微細石灰化 分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
その他	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	乳腺実質	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
	皮膚	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
	リンパ	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
カテゴリー判定		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
比較読影		1 あり（　年　月） 2 なし	



【読影委員会結果】

		右	左
異常所見		なし・あり （腫瘤・石灰化・その他）	なし・あり （腫瘤・石灰化・その他）
腫瘤	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径（　.　）cm	長径（　.　）cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり 血管 その他（　）	なし・あり 血管 その他（　）
	微細石灰化 形態	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
	微細石灰化 分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
その他	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	乳腺実質	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
	皮膚	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
	リンパ	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
乳腺の評価		脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 極めて高濃度	
カテゴリー判定		1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
総合判定		1 異常なし 2 要精密検査	
追加検査項目		MG・超音波・細胞診・針生検・微細石灰化生検・乳管造影・その他	



医療機関コード
医療機関名
☎（　）
担当医師名

一方向・二方向

自己負担金
1 有料　2 70・後　3 生保　4 非課税 No.

② 福島市へ

様式[1]

福島市乳がん検診結果報告書

※現在、妊娠または妊娠している可能性のある方は、市民検診（乳がん検診）を受けることができません。

【問診項目】あてはまるところを○で囲んで下さい

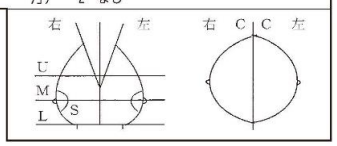
検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな		生年月日	大正 昭和　年　月　日（　歳）
氏名			

前回受診歴	初めて・（　）年前	閉経状況	閉経前・閉経後（閉経　歳頃）	
前回の検査方法	視触診・マンモ・超音波	妊娠	妊娠（　）回 出産（　）回 現在妊娠中（　ヶ月）	
前回の結果	異常なし・要精密検査（受けた・受けない）	セルフチェック	a していない b ときどき c 毎月	
乳腺手術歴	なし・あり（右・左・両側）（病名　）	現在の症状	しこり	なし・あり（右・左・両側）
乳癌家族歴	なし・あり（母・姉・妹・娘）		痛み	なし・あり（右・左・両側）
			乳頭分泌	なし・あり（右・左・両側）

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきますので、ご承知の上受診願います。

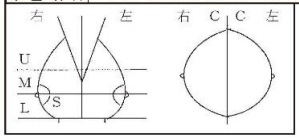
【マンモグラフィ所見】　医療機関報告

		右	左
異常所見		なし・あり（腫瘤・石灰化・その他）	なし・あり（腫瘤・石灰化・その他）
腫瘤	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径（　.　）cm	長径（　.　）cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり　血管　その他（　）	なし・あり　血管　その他（　）
	微細石灰化 形態	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
	微細石灰化 分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
その他	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	乳腺実質	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
	皮膚	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
	リンパ	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
カテゴリー判定		1　2　3　4　5	1　2　3　4　5
比較読影		1 あり（　年　月） 2 なし	



【読影委員会結果】

		右	左
異常所見		なし・あり（腫瘤・石灰化・その他）	なし・あり（腫瘤・石灰化・その他）
腫瘤	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径（　.　）cm	長径（　.　）cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり　血管　その他（　）	なし・あり　血管　その他（　）
	微細石灰化 形態	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
	微細石灰化 分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
その他	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	乳腺実質	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
	皮膚	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
	リンパ	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
乳腺の評価		脂肪性・乳腺散在・不均一高濃度・極めて高濃度	
カテゴリー判定		1　2　3　4　5	1　2　3　4　5
総合判定		1 異常なし　2 要精密検査	
精密検査項目		MG・超音波・細胞診・針生検・微細石灰化生検・乳管造影・その他	



医療機関コード
医療機関名
☎（　）
担当医師名

一方向・二方向

自己負担金
1 有料　2 70・後　3 生保　4 非課税 No.

③ 医療機関用

福島市乳がん検診結果報告書

※現在、妊娠または妊娠している可能性のある方は、市民検診（乳がん検診）を受けることができません。

【問診項目】あてはまるところを○で囲んで下さい

検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな		生年月日	大正 昭和　年　月　日（　歳）
氏名			

前回受診歴	初めて・（　）年前	閉経状況	閉経前・閉経後（閉経　歳頃）
前回の検査方法	視触診・マンモ・超音波	妊娠	妊娠（　）回 出産（　）回 現在妊娠中（　ヶ月）
前回の結果	異常なし・要精密検査（受けた・受けない）	セルフチェック	a していない b ときどき c 毎月
乳腺手術歴	なし・あり（右・左・両側）（病名　）	現在の症状	しこり　なし・あり（右・左・両側）
乳癌家族歴	なし・あり（母・姉・妹・娘）		痛み　なし・あり（右・左・両側）
			乳頭分泌　なし・あり（右・左・両側）

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきますので、ご承知の上受診願います。

乳がん検診の結果は総合判定のとおりです。

1．異常なし　… 定期的（2年に1度）に検診を受けましょう
2．要精密検査 … 早めに精密検査を受けてください

〈精密検査受診時に必要なもの〉
①福島市市民（乳がん）検診結果報告書
②健康保険証
③精密検査依頼書
（検診を受診した医療機関とは別の医療機関で受ける場合のみ必要となります。検診を受診した医療機関が発行するものです。）

自己触診（セルフチェック）をしましょう

検診ですべてのがんが発見されるわけではありませんので、毎月1回の自己触診が大切です。

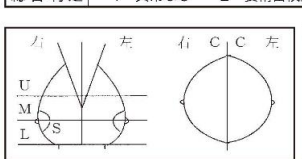
・生理が終わって2～3日目に行うことをおすすめします。
・閉経された方は、毎月、日にちを決めて行うことをおすすめします。

自己触診の方法は、別に配布の「検診説明用リーフレット」をご覧ください。

自己触診で乳房の変化に気づいたら、速やかに専門医のいる医療機関を受診してください。

市民検診担当
福島市森合町10番1号
福島市保健所
健康づくり推進課検診予防係
TEL 525－7680

総合判定	1 異常なし　2 要精密検査



マンモグラフィ所見

一次検診医療機関
医療機関コード
医療機関名
☎（　）
担当医師名

④ 受診者へ

様式[2]

市民検診実施報告書（　　月分　）

年　　月　　日提出

	読影会月日（報告月内）	自己負担有(有料)件数 内視鏡	透視	小計	自己負担無(無料)件数 内視鏡	透視	小計	件数合計
胃がん検診	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	計							
大腸がん検診								

	読影会月日（報告月内）	自己負担金有（有料）件数	自己負担金無（無料）件数	件数合計
肺がん検診	月　日			
	月　日			
	月　日			
	月　日			
	月　日			
	計			

※喀痰細胞診検査は、喀痰細胞診検査機関（江東微研）からの福島市医師会への報告を以て実施報告とする。

肝炎ウイルス検診	B型抗原C型抗体			
	うちC型核酸実施			
骨粗鬆症検診	DXA法(腰椎+大腿骨) DXA法(1か所) DIP法	左欄に実施している検査方法に〇をつける		

	読影会月日（報告月内）	自己負担有(有料)件数 一方向	二方向	小計	自己負担無(無料)件数 一方向	二方向	小計	件数合計
乳がん検診	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	計							

医療機関コード　| | | | | | | |

医療機関名

担当者名

連絡先電話番号

福島市市民検診登録内容変更について〇をつけてください

有（裏面へ記入）　・　無

※ 0件 又は受診票添付なしの場合　FAX可
FAX　５２５-５７０１　添書不要

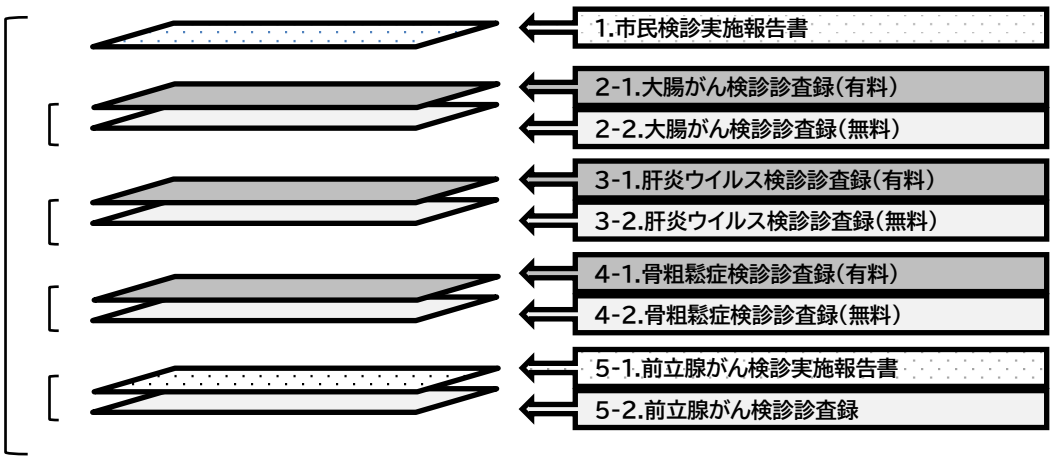
様式[2]

福島市市民検診登録内容変更届

登録内容について変更のあった部分のみ記入してください　　変更日　　年　　月　　日より

医療機関名	フリガナ				
代表者名	フリガナ				
所在地	〒　　－				
TEL	（　　）		FAX	（　　）	
医療機関コード	□□－□□□□・□ 以下7桁				
振込先	銀行名	□銀行 □信用金庫	支店名	□本店 □支店	
	口座区分	□普通　□当座	口座番号（右づめ）	□□□□□□□	
	口座名義	フリガナ			

医療機関から健康づくり推進課へ報告提出時の並べ方イメージ



【注意】
◇翌月15日まで提出願います。
◇胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診は、実施報告月内に読影実施されたもののみ対象です。

様式[3]

福島市乳がん検診精密検査依頼書

精密検査実施医療機関担当医様

下記の方は、福島市市民検診の乳がん検診の結果、さらに精密な検査が必要と思われますので、よろしく検査の程お願い致します。（検診録のコピーとフィルムを添付）
尚、お手数ですがご高診の結果を下欄にご記入の上、1次検診実施登録医療機関までお知らせ下さい。

1次検診実施医療機関記載欄

検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな 氏名		生年月日	大 昭　年　月　日　年齢　歳

令和　年　月　日　一次医療機関

医師名

精密検査結果報告書

※ 精密検査で実施した所見を記載

精密検査実施医療機関記載欄　※必ず記載

精検月日	令和　年　月　日
検査方法	0. 視触診　1. マンモグラフィ　2. 超音波 3. 穿刺吸引細胞診　4. 分泌物細胞診 5. 針生検　6. その他（　）
診断名	0. 異常なし　1. 乳腺症　2. のう胞 3. 線維腺腫　4. 乳管内乳頭腫　5. 乳癌 6. 乳癌疑　7. その他（　）
治療方針	0. 次回検診　1. 経過観察（　ヶ月後） 2. 薬物療法　3. 手術 4. 紹介（紹介先　）

報告月日　令和　年　月　日

医療機関コード

医療機関名

担当医師名

☎（　）

	右	左
【視触診所見】		
腫瘤	0. なし　1. あり（　.　cm×　.　cm） 部位：1.A　2.B　3.C　4.C′　5.D　6.E	0. なし　1. あり（　.　cm×　.　cm） 部位：1.A　2.B　3.C　4.C′　5.D　6.E
リンパ節	0. なし　1. あり（軟　硬）	0. なし　1. あり（軟　硬）
乳頭変化	0. なし　1. あり（乳頭分泌　出血　びらん　陥没）	0. なし　1. あり（乳頭分泌　出血　びらん　陥没）
カテゴリー判定	1　2　3　4　5	1　2　3　4　5
【マンモグラフィ所見】		
カテゴリー判定	1 2 3 4 5（腫瘤　石灰化　その他→　）	1 2 3 4 5（腫瘤　石灰化　その他→　）
【超音波所見】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【穿刺吸引細胞診所見】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【分泌物細胞診所見】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【針生検】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【その他（　）】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性

① 精密検査医療機関用

福島市乳がん検診精密検査依頼書

精密検査実施医療機関担当医様

下記の方は、福島市市民検診の乳がん検診の結果、さらに精密な検査が必要と思われますので、よろしく検査の程お願い致します。（検診録のコピーとフィルムを添付）
尚、お手数ですがご高診の結果を下欄にご記入の上、1次検診実施登録医療機関までお知らせ下さい。

1次検診実施医療機関記載欄

検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな 氏名		生年月日	大 昭　年　月　日　年齢　歳

令和　年　月　日　一次医療機関

医師名

精密検査結果報告書

※ 精密検査で実施した所見を記載

精密検査実施医療機関記載欄　※必ず記載

精検月日	令和　年　月　日
検査方法	0. 視触診　1. マンモグラフィ　2. 超音波 3. 穿刺吸引細胞診　4. 分泌物細胞診 5. 針生検　6. その他（　）
診断名	0. 異常なし　1. 乳腺症　2. のう胞 3. 線維腺腫　4. 乳管内乳頭腫　5. 乳癌 6. 乳癌疑　7. その他（　）
治療方針	0. 次回検診　1. 経過観察（　ヶ月後） 2. 薬物療法　3. 手術 4. 紹介（紹介先　）

報告月日　令和　年　月　日

医療機関コード

医療機関名

担当医師名

☎（　）

	右	左
【視触診所見】		
腫瘤	0. なし　1. あり（　.　cm×　.　cm） 部位：1.A　2.B　3.C　4.C′　5.D　6.E	0. なし　1. あり（　.　cm×　.　cm） 部位：1.A　2.B　3.C　4.C′　5.D　6.E
リンパ節	0. なし　1. あり（軟　硬）	0. なし　1. あり（軟　硬）
乳頭変化	0. なし　1. あり（乳頭分泌　出血　びらん　陥没）	0. なし　1. あり（乳頭分泌　出血　びらん　陥没）
カテゴリー判定	1　2　3　4　5	1　2　3　4　5
【マンモグラフィ所見】		
カテゴリー判定	1 2 3 4 5（腫瘤　石灰化　その他→　）	1 2 3 4 5（腫瘤　石灰化　その他→　）
【超音波所見】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【穿刺吸引細胞診所見】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【分泌物細胞診所見】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【針生検】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【その他（　）】		
判定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性

② 一次医療機関へ

様式[3]

福島市乳がん検診精密検査依頼書

精密検査実施医療機関担当医様

下記の方は、福島市市民検診の乳がん検診の結果、さらに精密な検査が必要と思われますので、よろしく検査の程お願い致します。（検診録のコピーとフィルムを添付）
尚、お手数ですがご高診の結果を下欄にご記入の上、1次検診実施登録医療機関までお知らせ下さい。

1次検診実施医療機関記載欄

検診年月日	令和　年　月　日	受診券番号	
住　所	福島市　〒　－　☎（　）		
ふりがな 氏　名		生年月日	大 昭　年　月　日	年齢　歳

令和　年　月　日　□□　□□□□□　一次医療機関

医　師　名

精 密 検 査 結 果 報 告 書

※ 精密検査で実施した所見を記載

精密検査実施医療機関記載欄　※必ず記載

精検月日	令和　年　月　日
検査方法	0. 視触診　1. マンモグラフィ　2. 超音波 3. 穿刺吸引細胞診　4. 分泌物細胞診 5. 針生検　6. その他（　）
診 断 名	0. 異常なし　1. 乳腺症　2. のう胞 3. 線維腺腫　4. 乳管内乳頭腫　5. 乳癌 6. 乳癌疑　7. その他（　）
治療方針	0. 次回検診　1. 経過観察（　ヶ月後） 2. 薬物療法　3. 手術 4. 紹介（紹介先　）

報告月日　令和　年　月　日

医療機関コード　□□□□□□□

医 療 機 関 名

担 当 医 師 名

☎（　）

	右	左
【視触診所見】		
腫　瘤	0. なし　1. あり（　.　cm×　.　cm） 部位：1.A　2.B　3.C　4.C′　5.D　6.E	0. なし　1. あり（　.　cm×　.　cm） 部位：1.A　2.B　3.C　4.C′　5.D　6.E
リンパ節	0. なし　1. あり（　軟　硬　）	0. なし　1. あり（　軟　硬　）
乳頭変化	0. なし　1. あり（乳頭分泌　出血　びらん　陥没）	0. なし　1. あり（乳頭分泌　出血　びらん　陥没）
カテゴリー判定	1　2　3　4　5	1　2　3　4　5
【マンモグラフィ所見】		
カテゴリー判定	１２３４５（腫瘤　石灰化　その他→　）	１２３４５（腫瘤　石灰化　その他→　）
【超音波所見】		
判　定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【穿刺吸引細胞診所見】		
判　定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【分泌物細胞診所見】		
判　定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【針生検】		
判　定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性
【その他（　）】		
判　定	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性	異常なし　良性　良性(悪性を否定できず)　悪性の疑い　悪性

③ 福　島　市　へ

様式[4]

福島市乳がん検診　乳癌症例追跡調査票

ふりがな		生年月日	年齢	性別
氏　名		□大 □昭　　年　　月　　日	歳	女性

1次検診施行医療機関名	担当医師名

紹介時診断	□右（　　） □左（　　）　診断日：令和　　年　　月　　日
穿刺吸引細胞診	□有　　診断 □無　令和　　年　　月　　日　（　　）
分泌物細胞診	□有　　診断 □無　令和　　年　　月　　日　（　　）
針生検	□有　　診断 □無　令和　　年　　月　　日　（　　）
マンモトーム生検	□有　　診断 □無　令和　　年　　月　　日　（　　）
切開生検	□有　（□術前　□術中）　診断 □無　令和　　年　　月　　日　（　　）
最終確定診断	□右（　　） □左（　　）　診断日：　　年　　月　　日

病変の部位（主占拠部位）	A(内上部)	B(内下部)	C(外上部)	D(外下部)	C'(腋窩部)	E(乳輪部)	E'(乳頭部)
右	□	□	□	□	□	□	□
左	□	□	□	□	□	□	□

局所所見	臨床T因子(原発巣)　□TX(評価不可能)　□Tis(非浸潤癌またはPaget病) □T0(原発巣を認めず)　□T1(≦20mm)　□T2(20mm<　≦50mm)　□T3(50mm<) □T4a　□T4b　□T4c　□T4d
	腫瘍径　(　　) mm×(　　) mm
	臨床N因子(領域リンパ節)　□NX(評価不可能　□N0　□N1　□N2a □N2b　□N3a　□N3b　□N3c
	臨床M因子(遠隔転移)　□M0(遠隔転移なし)　□M1(遠隔転移あり)
臨床病期分類	TNM分類　□0　□Ⅰ　□ⅡA　□ⅡB　□ⅢA　□ⅢB　□ⅢC　□Ⅳ
手術	施行日　令和　　年　　月　　日　(□手術不能　□手術拒否)
	乳房の術式　□Tm(腫瘤摘出術)　□Bp(乳房部分切除術) □Bt(乳房全切除術)　□Md(乳管腺葉区域切除術) □Bt(SSM)(皮膚温存乳房全切除術)　□Bt(NSM)(皮膚温存乳房全切除術)
	リンパ節の切除範囲　□SN　□Ax(Ⅰ)　□Ax(Ⅱ)　□Ax(Ⅲ)
病理所見	病理学的浸潤径　(　　) mm(可能な限り記入してください)
	組織型　□1a 非浸潤性乳管癌　□1b 非浸潤性小葉癌　□2 微小浸潤癌 □3a1 腺管形成型浸潤性乳管癌　□3a2 充実型浸潤性乳管癌　□3a3 硬性型浸潤性乳管癌 □3b1 浸潤性小葉癌　□3b2 管状癌　□3b3 篩状癌 □3b4 粘液癌　□3b5 髄様癌　□3b6 アポクリン癌 □3b7 化生癌(　　)　□3b8 浸潤性微小乳頭癌　□4 Paget病
	浸潤癌の組織学的波及度　□g(乳腺)　□f(脂肪)　□s(皮膚)　□p(筋肉)　□w(胸壁)
	転移したリンパ節数　(　　) 個
	郭清・生検したリンパ節数　(　　) 個
その他の治療	放射線療法　□無　□有(□乳房照射　□胸壁照射　□腋窩照射　□鎖骨上照射)
	化学療法　□無　□有(　　)
	ホルモン療法　□無　□有(　　)

報告月日:　　年　　月　　日　　担当医療機関名:

担当医師名:

別紙[1]

＊福島市乳がん検診判定基準

マンモグラフィ	３・４・５	要精密検査
カテゴリー判定	１・２	異常なし

＊〔日本医学放射線学会の定めるマンモグラフィ装置基準〕

1　インバーター式Ｘ線高電圧装置を備えること
2　自動露出制御（AEC）を備えること
3　移動グリッドを備えること
4　管電圧精度・再現性
　(a)表示精度：±5%以内（25～32kV）
　(b)再現性：変動係数 0.02 以下
5　光照射野とＸ線照射野のずれ
　左右・前後のずれ：SID の 2%
6　焦点サイズ
　公称 0.3 ㎜のとき、0.45×0.65 ㎜以内
7　圧迫板透過後の線質（半価層、HVL）
　モリブデン（Mo）ターゲット／モリブデン（Mo）フィルタのとき
　（測定管電圧/100）＋0.03≦HVL（㎜ AI）＜（測定管電圧/100）＋0.12
8　乳房圧迫の表示
　(a)厚さの表示精度：±5%以内
　(b)圧迫圧の表示精度：±20Ｎ以内
9　AEC の精度（スクリーン/フィルム・システムの場合）
　(a)スクリーン／フィルムの場合：施設が定めた基準濃度±0.15 以内
　　（ファントム厚 20、40、60 ㎜及びこれらの厚さに対して 100mAs 以下のＸ線照射が行える管電圧の選択範囲とする）
　(b)再現性：変動係数 0.05 以下

別紙〔2〕

女性（乳がん）精密検査実施要項

福島市医師会検診委員会

1. 精密検査を実施する医療機関は、福島市乳がん検診精度管理委員会で審査のうえ登録する。（別紙［2］参照）

2. 精密検査医療機関の条件は、日本乳癌学会・日本乳癌検診学会が定める以下の「乳がん検診の精密検査実施機関基準」とする。

（1）精密検査実施機関は、要精検者に対して下記の検査及び診断が行われる施設とする。
①問診・視触診
②診断用乳房 X 線撮影
③診断用乳房超音波検査
④細胞診・組織診

（2）精密検査は、日本乳癌学会の乳腺専門医（当分の間は認定医も可とする）で以下の検査に習熟した者、あるいはその監督下に行われること。

①問診・視触診
乳腺疾患の診療に習熟した医師、あるいは、その監督下に行われること。

②診断用乳房 X 線撮影
ア 日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価を受け、A または B の評価を受けていること。
イ 少なくとも2方向撮影・圧迫スポット撮影及び拡大撮影が可能なこと。
ウ 日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けている診療放射線技師が撮影できる、あるいはその監督下に撮影できること。
エ 日本乳がん検診精度管理中央機構が開催する講習会を修了し、その評価試験で A または B の評価を受けている医師により読影ができること。

③診断用乳房超音波検査
ア 乳腺精密検査用超音波装置として推奨される超音波診断装置に、乳腺用の適切な探触子を接続して使用すること
イ 乳房超音波検査に習熟した医師・臨床検査技師・診療放射線技師・看護師が検査を行うこと。日本超音波医学会の超音波専門医（総合・乳腺）、超音波検査士（体表）の資格を有しているか、検診のための基本講習プログラムに準じた超音波講習会[注1]を修了していることが望ましい。
ウ 乳腺疾患の超音波診断に習熟した医師が診断すること。
エ 画像及び所見・診断を記録し、保管すること。

④細胞診・組織診
ア 細胞診、針生検及び吸引式組織生検[注2]が可能であること。
イ 必要があれば外科的生検が可能であること。あるいは、外科的生検が可能な施設と連携できること。
ウ 細胞診は病理専門医（日本病理学会）または細胞診専門医（日本臨床細胞学会）により、組織診は病理専門医により診断が行われること。

注1：日本乳腺甲状腺超音波医学会または日本乳がん検診精度管理中央機構は主催あるいは共催する2日間の講習会がこれに相当する。
注2：吸引式組織生検が必要な症例（特にマンモグラフィのみで描出可能でステレオマンモグラフィ誘導下の組織診が必要な症例）に関しては自施設で行うか、可能な施設と連携できること。

別紙〔3〕

令和6年度乳がん検診精密検査実施医療機関

医療機関名 （担当科）	担当医師	住所	電話番号 （内線）	予約	診療時間等
大原綜合病院 （乳腺外科）	大竹　徹 阿部　貞彦 （非常勤）	上町6-1	526-0300	有 （完全予約制）	水　14:00～15:00 ※要相談
君島乳腺クリニック	君島　伊造	松浪町2-8	528-8511	有 （完全予約制）	月・火・木・金・土 9:00～12:30 14:00～17:30 ※土は午前のみ
済生会福島総合病院 （外科）	三瓶　光夫 星野　豊	大森字 下原田25番地	544-5171	有	月～金 9:00～11:30
福島県保健衛生協会 総合健診センター	大竹　徹 （非常勤）	方木田字水戸内19-6	546-3533	有 （完全予約制）	月/2回　月曜日* 13:00～15:00 *要問い合わせ
福島西部病院 （外科）	立花和之進 （非常勤）	東中央3-15	533-2121 （内線2114）	有 （完全予約制）	金　13:00～15:45
福島赤十字病院 （外科）	遠藤　豪一	八島町7-7	534-6101	有 （完全予約制）	（受付時間） 月～金 8:30～11:30 ※事前予約してください （予約受付） 15:00～17:00
福島第一病院 （外科）	土屋　敦雄	北沢又字 成出16-2	557-5111	無	（受付時間） 水　8:30～11:30 13:00～16:00
福島県立医科大学 附属病院 （乳腺外科）	大竹　徹 立花和之進 岡野　舞子 野田　勝 星　信大 阿部　貞彦	光が丘1番地	547-1221 （乳腺外科外来直通）	有	火・木 9:00～11:00 *火の午後は マンモトーム生検

福島市女性(乳がん)検診実施要領　新旧対照表

改正後	改正前
1　対象者 (2)上記対象者のうち、下記の者は除く。 ア　乳房疾患による治療中の者 イ　乳がんの既往がある者 ウ　マンモグラフィの撮影範囲内に人工物等が入っている者（豊胸手術歴(ヒアルロン酸、脂肪注入も含む)のある者、ポート、シャントチューブ等を使用している者） エ　ペースメーカーおよびＩＣＤの装着者 オ　妊娠中や妊娠の可能性のある者 カ　授乳中の者（卒乳後６か月を経過している場合は可とする） キ　乳房腫瘤等の自覚症状を有する者 ク　その他マンモグラフィ検査が適さないと医師が判断した者 2～11(略) 附則　この要領は、令和　6年　4月　1日より施行する。	1　対象者 (2)上記対象者のうち、下記の者は除く。 ア　乳房疾患による治療中の者 イ　乳がんの既往がある者 ウ　マンモグラフィの撮影範囲内に人工物等が入っている者（豊胸手術歴(ヒアルロン酸、脂肪注入も含む)のある者、ポート、シャントチューブ等を使用している者） エ　ペースメーカーおよびＩＣＤの装着者 オ　妊娠中や妊娠の可能性のある者 カ　授乳中の者（卒乳後６か月を経過している場合は可とする） キ　その他マンモグラフィ検査が適さないと医師が判断した者 2～11(略)