川崎市乳がん検診委託事業実施要綱

（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及び健康増進法施行規則（平成１５年４月３０日厚生労働省令第８６号）第４条の２に基づく健康増進事業として、乳がんの早期発見を図るため、乳がん検診（以下「検診」という。）を行うことにより、市民の健康保持及び向上に資することを目的とする。

（受診対象者）

第２条　検診を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、本市に住所を有し、かつ年齢４０歳（年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の女性とする。ただし、保険者等が行う医療保険各法その他の法令に基づいた当該検診を受けることができる者については、対象者から除くものとする。

（受診回数）

第３条　同一の対象者が検診を受けることができる回数は、２年度に１回とする。

（実施主体等）

第４条　検診の実施主体は川崎市とし、これを川崎市医師会に委託し、第５条第２項に規定する登録医療機関において実施するものとする。

（医療機関の登録）

第５条　市内の医療機関が検診を実施する医療機関として登録を受けようとするときは、川崎市がん検診等登録医療機関申請書（第１号様式）により、川崎市医師会長を経由して市長に申請しなければならない。この場合において、医療機関の開設者は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書（第１号様式の２）を川崎市医師会長に提出するものとする。

２　市長は、前項の規定により、川崎市医師会長から推薦があった場合には、当該医療機関を乳がん検診実施医療機関として登録（以下「登録医療機関」という。）するものとする。

３　市長は、登録医療機関に対し、川崎市がん検診等実施医療機関登録書（第２号様式）及び「川崎市がん検診登録医療機関表示用プレート」（以下「プレート」という。）を交付する。

４　登録医療機関は、検診を実施するにあたりプレートを医療機関内の受診者の目につきやすい場所に掲示しなければならない。

（登録の変更・辞退等）

第６条　登録医療機関の開設者は、登録した事項を変更するとき又は辞退するときは、川崎市医師会長を経由して、川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届（第３号様式）を市長に提出しなければならない。

（検診手続き）

第７条　検診を受けようとする者は、検診を実施する登録医療機関（以下「実施登録医療機関」という。）において川崎市乳がん検診申込書・記録票（第４号様式）を記入し、提出しなければならない。

（費用の額）

第８条　検診の費用の額は、市長が別に定めるものとする。

２　検診の結果、精密検査に要した費用は、診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）によるものとする。

（費用の負担等）

第９条　検診に要した費用の負担は、次の各号に定めるところによる。

（１）受診者及び市長は、前条第１項の規定に基づき算定した額を負担し、そのうち受診者が負担する額は、「健康増進法第１９条の２による健康増進事業に関する要綱（平成２０年３月３１日１９川健健第１７６６号）

」別表に規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）とし、市長はその残額を負担する。ただし、同要綱第５条の規定により一部負担金を免除する場合は、市長が前条第１項の規定に基づき算定した額を負担する。

（２）実施登録医療機関は、一部負担金を、当該受診者から検診を実施する際に徴収するものとする。

（３）前条第２項に規定する費用については受診者が負担することを基本とし、この要綱により実施する乳がん検診委託事業において市長は当該費用を負担しない。

（検診項目）

第１０条　検診の項目は、次の各号のいずれかの区分に従い行うものとする。

（１）問診

（２）マンモグラフィによる検診

（検査基準）

第１１条　前条に定める検査基準は、別表１による。

（マンモグラフィによる検診）

第１２条　マンモグラフィによる検診は、次の各号のいずれかに該当する者に対しては行わないものとする。

（１）心臓ペースメーカー又は植え込み型除細動器を装着している者

（２）妊娠中あるいは、妊娠の疑いがある場合等、放射線障害誘因の危険性があるとき

（３）乳房の疾患で治療中又は経過観察中の者

２　マンモグラフィによる検診により撮影したフィルム及び画像（以下「フィルム等」という。）の読影は、一次読影を実施登録医療機関が行った後、原則として全症例を川崎市医師会に委託して行うマンモグラフィ読影判定会（

以下「読影判定会」という。）へ提出して二次読影を行うものとする。

３　次の各号を満たし、かつ川崎市医師会にあらかじめ届け出た実施登録医療機関に限り、前項の読影判定会に替え、当該実施登録医療機関が二次読影を行うことができる。

（１）日本乳がん検診精度管理中央機構認定読影医師が２名以上在籍し、かつ同医師が一次読影を行った医師とは別の医師として、二次読影を実施する実施登録医療機関

（２）二次読影において、次のいずれかに該当する場合に、第１１条に定める検査基準に基づく総合判定区分の判定を２名以上の医師による行う実施登録医療機関

ア　第４号様式中の一次読影判定が「異常なし」または「良性」で、かつ二次読影判定が「悪性を否定できず」、「悪性の疑い」または「悪性」のいずれか

イ　第４号様式中の一次読影判定が「悪性を否定できず」、「悪性の疑い」または「悪性」のいずれかで、かつ二次読影判定が「異常なし」または「良性」

ウ　第４号様式中のフィルム評価が「読影不能」

（記録）

第１３条　実施登録医療機関は、その結果を第４号様式に記録するものとする。

２　実施登録医療機関の開設者は、費用の請求を行う際、川崎市がん検診等委託料請求書（第５号様式）に第４号様式を添付し、市長に請求するものとする。

（検診結果の判定）

第１４条　検診結果の判定区分は、次の各号のとおりとする。

（１）精密検査不要

（２）要精密検査

（検診結果の通知及び事後指導）

第１５条　検診結果は、実施登録医療機関において、川崎市乳がん検診結果票（第４号様式の３）をもって受診者に速やかに通知し、適切な指導を行わなければならない。

２　実施登録医療機関は、受診者のうち、前条第２号に該当すると認めた者（以下「要精検者」という。）の結果を川崎市乳がん検診精密検査結果報告書（第６号様式）により市長に報告するものとする。また、要精検者を他の医療機関へ紹介する場合には、精密検査紹介状（第７号様式）に必要な事項を記入するとともに、その紹介医療機関に第６号様式により精密検査結果を市長に報告するよう依頼しなければならない。

３　実施登録医療機関は、検診実施後３か月以内に精密検査受診の有無が不明な場合には、実施登録医療機関が要精検者に対し、精検受診の有無及び結果等に関する照会を行わなければならない。また、精密検査未受診者に対しては精密検査の受診勧奨を行わなければならない。

（精密検査結果等の調査）

第１６条　市長は、精密検査実施医療機関に対し、必要に応じて精密検査結果等について調査を行う。

（事業の周知）

第１７条　事業の周知は、国民健康保険における特定健診対象者へのチラシ送付によるほか、市政だより、ポスター、ホームページ、地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）事業等によって行い、広く市民に徹底するよう努めるものとする。

（費用の請求及び支払い）

第１８条　実施登録医療機関の開設者は、検診に要した費用のうち第９条第

１号の規定にする市長が負担する額を第５号様式により、原則として、検診を実施した月の翌月の１５日までに市長に請求するものとする。

２　前項の請求は、別表２に定める窓口に提出するものとする。

３　市長は、前２項による請求があったときは、速やかにその内容を審査し、川崎市医師会を経由して実施登録医療機関に支払うものとする。この場合、市長は請求があった月の翌々月の１８日までに川崎市医師会に支払うものとする。

（検診記録等の保存）

第１９条　第４号様式は、医師法（昭和２３年法律第２０１号）第２４条第２項の規定に準じ、実施医療機関において検診を実施した日から起算して５年間保存しなければならない。

２　検診により撮影したフィルム等は、実施医療機関において検診を実施した日から起算して５年間保存しなければならない。

３　前２項については、電子媒体による保存に代えることができる。

（委任）

第２０条　この要綱の実施について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附　則

この要綱は、平成２０年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成２１年４月１日から施行する。

（川崎市乳がん（一般検診）実施要綱の廃止）

２　川崎市乳がん（一般検診）実施要綱は、廃止する。

附　則

この要綱は、平成２２年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成２３年４月１日から施行する。

（東日本大震災に伴う特例）

２　東日本大震災の被災により災害救助法（昭和２２年法律第１１８号）の適用を受けた地域の方々（以下「被災者」という。）が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成２３年３月１１日から当分の間、第２条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「東日本大震災の被災により災害救助法（昭和２２年法律第１１８号）の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

また、その他被災地域からの避難者等、一定の配慮を要する者として健康福祉局長が認めた場合においても、対象者として同様に取り扱うことができる。

附　則

この要綱は、平成２４年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成２４年１２月３日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附　則

この要綱は、平成２５年４月１日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２５年１１月１９日から施行する。

附　則

この要綱は、平成２７年４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

（施行期日）

１　この要綱は、平成２８年４月１４日から施行する。

（平成２８年熊本地震に伴う特例）

２　平成２８年熊本地震の被災により災害救助法(昭和２２年法律第１１８号)の適用を受けた地域の方々が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成２８年４月１４日から当分の間、第２条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「平成２８年熊本地震の被災により災害救助法（昭和２２年法律第１１８号）の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、平成２９年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

（施行期日）

１　この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

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２年４月１日から施行する。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和３年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和４年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和５年４月１日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、

当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附　則

（施行期日）

１　この要綱は、令和６年１２月２日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

別表１（第１１条関係）

１　乳がん検診の実施基準

検　診　項　目	内　　容
１　問　診	申込書・記録票の問診欄に必要事項を記入させる。
２　マンモグラフィ	マンモグラフィ検診実施登録医療機関は、当該検査を実施するに適格な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たしているものとし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たすことが必要である。）を備えるものとする。撮影方法は、両側乳房について、内外斜位及び頭尾の方向撮影を行う。

２　乳がん検診の総合判定区分

総合判定区分	判定は「精検不要」と「要精密検査」に分類する。

３　乳がん検診の指導基準

指　導　区　分	内　　容
１　精検不要	２年後の検診受診を勧めるとともに、日常の健康管理の一環としての乳房の自己触診に関する指導を行う。
２　要精密検査	医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

別表２（第１８条関係）

提　　出　　窓　　口
健康福祉局保健医療政策部健康増進担当
川崎区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課
大師地区健康福祉ステーション
田島地区健康福祉ステーション
幸区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課
中原区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課
高津区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課
宮前区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課
多摩区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課
麻生区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）　地域支援課

第１号様式

川崎市がん検診等登録医療機関申請書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川 崎 市 長

医療機関　所在地 .....
名　称 .....
開設者 .....
ＴＥＬ .....

川崎市の各がん検診等委託事業実施要綱の規定に基づき、

□肺がん検診　□大腸がん検診　□胃がん検診
□子宮がん検診　□乳がん検診　□骨粗しょう症検診

登録医療機関として申請します。

□ 肺がん検診　診療科目 .....

胸部エックス線装置　種類 .....　形式 .....

□ 大腸がん検診　診療科目 .....

検診項目〔 問診、免疫学的便潜血検査２日法 〕

□ 胃がん検診　診療科目 .....

検査方法（該当する番号に○印をつける）

（１）胃エックス線検査　装置　種類 .....　形式 .....

（２）上部消化管内視鏡検査　装置　種類 .....　形式 .....

□ 子宮がん検診　診療科目 .....

□ 乳がん検診　診療科目 .....

検診項目〔 問診、マンモグラフィ 〕

マンモグラフィ　製造元 .....　形式 .....

□ 骨粗しょう症検診　診療科目 .....

検査方法（該当する番号に○印をつける）

（１）ＤＸＡ法〔腰椎測定〕（２）ＤＸＡ法〔その他〕　（３）改良型MD法
（４）ＳＸＡ法　（５）ＰＱＣＴ法　（６）超音波法

注）本申請書は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書を添えて川崎市医師会長に提出してください。

第１号様式の２

川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書

令和　　年　　月　　日

川崎市医師会長　様

医療機関　所在地 .....
名　称 .....
開設者 .....
ＴＥＬ .....

川崎市の

（□肺がん検診　□大腸がん検診　□胃がん検診
□子宮がん検診　□乳がん検診　□骨粗しょう症検診）

実施医療機関として登録したいので、御推薦をお願いいたします。

□ 肺がん検診　診療科目 .....

胸部エックス線装置　種類 .....　形式 .....

□ 大腸がん検診　診療科目 .....

検診項目〔 問診、免疫学的便潜血検査２日法 〕

□ 胃がん検診　診療科目 .....

検査方法（該当する番号に○印をつける）

（１）胃エックス線検査　装置　種類 .....　形式 .....
（２）上部消化管内視鏡検査　装置　種類 .....　形式 .....

□ 子宮がん検診　診療科目 .....

□ 乳がん検診　診療科目 .....

検診項目〔 問診、マンモグラフィ 〕

マンモグラフィ　製造元 .....　形式 .....

□ 骨粗しょう症検診　診療科目 .....

検査方法（該当する番号に○印をつける）

（１）ＤＸＡ法〔腰椎測定〕（２）ＤＸＡ法〔その他〕　（３）改良型MD法
（４）ＳＸＡ法　（５）ＰＱＣＴ法　（６）超音波法

第２号様式

川崎市がん検診等実施医療機関登録書

医療機関　　所在地……

名　称……

開設者……

川崎市の各がん検診等実施要綱の規定に基づき、

（　□肺がん検診　　□大腸がん検診　　□胃がん検診
　□子宮がん検診　　□乳がん検診　　□骨粗しょう症検診　）

登録医療機関として登録します。

胃がん検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

（１）胃部エックス線検査

（２）上部消化管内視鏡検査

骨粗しょう症検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

（１）ＤＸＡ法〔腰椎測定〕　（２）ＤＸＡ法〔その他〕　（３）改良型ＭＤ法

（４）ＳＸＡ法　　（５）ｐＱＣＴ法　　（６）超音波法

令和　　年　　月　　日

川崎市長　　印

第３号様式

川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届

令和　　年　　月　　日

（あて先）　**川 崎 市 長**

医療機関　　所在地……

名　称……

開設者……

ＴＥＬ……

川崎市の

（□肺がん検診　　□大腸がん検診
□胃がん検診　（胃部エックス線検査、上部消化管内視鏡検査）
□子宮がん検診　　□乳がん検診　　□骨粗しょう症検診）

登録医療機関として登録した事項を変更したいので、届け出いたします。

１　変更、辞退の区別

（１）　変　　更

（２）　辞　　退

２　変更する場合にあっては、その内容

辞退する場合にあっては、その期日

……

……

……

……

……

……

注）本変更（辞退）届は川崎市医師会長に提出してください。

第4号様式（乳がん検診）

川崎市乳がん検診申込書・記録票

※ 昨年度、川崎市の乳がん検診を受診しましたか。 1. はい　2. いいえ

受診年月日	令和　　年　　月　　日		診査機関名	
一部負担金	1. 有　2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保　2. 非課税　3. 70歳以上　4. 無料クーポン	

同日実施	□ 特定健診　□ 肺がん　□ 大腸がん　□ 胃がん　□ 子宮がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭　　年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　区			電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

1. 既往歴及び家族歴

(1) 乳がん検診を受けたことがありますか　1. 初めて　2. 受けた事がある（前回　年　月頃）

→あると答えた方、精密検査になりましたか　1. ならなかった　2. なった（受診病院：　）

(2) 乳房の病気をしたことがありますか　1. ない　2. ある（　歳の時:病名　）

(3) 家族（血族）に「乳がん」の人がいましたか　1. いない　2. いる（続柄　）

2. 月経及び妊娠等に関すること

(1) 閉経について　1. 閉経前　2. 閉経後（　歳の時に閉経）

閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか　（　月　日から　日間）

(2) 妊娠・出産をしたことはありますか　1. ない　2. ある（妊娠　回・分娩　回）

3. 現在の症状

(1) 乳房の自己検診をしていますか　1. していない　2. している（　年くらい前から）

(2) 乳房に痛みがありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

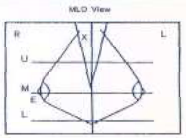
(3) 乳房にしこりがありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

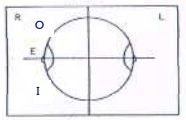
(4) 乳房・乳頭の変形がありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

(5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

①医療機関控え（二次読影後）→市提出　　3部複写

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）





① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

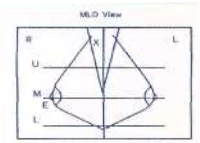
② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性　3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

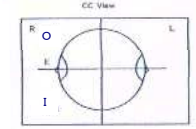
③ その他の所見
1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

一次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
読影医師名		明らかにがんの所見がある	⇒ 要医療（○をしてください）
過去画像	あり（添付　枚）・なし	比較読影：有 ⇒ 変化：無・有（　）	

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）

二次読影年月日	令和　年　月　日	
フィルム評価	1. 読影可能　2. 読影不能（ 右乳房 ・ 左乳房 ・ 両乳房 ）→ 理由：1. 体動　2. 撮影条件不良　3. ポジショニング不良　4. マンモ不適　5. その他（　）	
乳房の構成	〔 脂肪性、 乳腺散在、 不均一高濃度、 極めて高濃度 〕　豊胸術後	





① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性　3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

③ その他の所見
1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

二次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要　2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 ・ 2. 他院を紹介　医療機関名（　）
検診結果について、説明・指導を受けました。令和　年　月　日　受診者署名	
医師記載欄　来院しないので □結果を郵送　□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 備考：	

R5.4.1

第4号様式の2（乳がん検診）

川崎市乳がん検診申込書・記録票

※ 昨年度、川崎市の乳がん検診を受診しましたか。 1. はい　2. いいえ

受診年月日	令和　　年　　月　　日		診査機関名	
一部負担金	1. 有　2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保　2. 非課税　3. 70歳以上　4. 無料クーポン	

同日実施	☐ 特定健診　☐ 肺がん　☐ 大腸がん　☐ 胃がん　☐ 子宮がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭　　年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　区			電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

1. 既往歴及び家族歴

(1) 乳がん検診を受けたことがありますか　1. 初めて　2. 受けた事がある（前回　年　月頃）

→あると答えた方、精密検査になりましたか　1. ならなかった　2. なった（受診病院：　）

(2) 乳房の病気をしたことがありますか　1. ない　2. ある（　歳の時:病名　）

(3) 家族（血族）に「乳がん」の人がいましたか　1. いない　2. いる（続柄　）

2. 月経及び妊娠等に関すること

(1) 閉経について　1. 閉経前　2. 閉経後（　歳の時に閉経）

閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか　（　月　日から　日間）

(2) 妊娠・出産をしたことはありますか　1. ない　2. ある（妊娠　回・分娩　回）

3. 現在の症状

(1) 乳房の自己検診をしていますか　1. していない　2. している（　年くらい前から）

(2) 乳房に痛みがありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

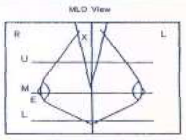
(3) 乳房にしこりがありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

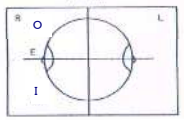
(4) 乳房・乳頭の変形がありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

(5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか　1. ない　2. ある（ 右 ・ 左 ）

②医療機関（二次読影後）控　　3部複写

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）





① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

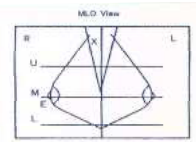
② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性　3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

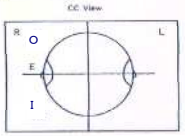
③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

一次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
読影医師名		明らかにがんの所見がある	⇒ 要医療（○をしてください）
過去画像	あり（添付　枚）・なし	比較読影：有 ⇒ 変化：無・有（　）	

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）

二次読影年月日	令和　年　月　日		
フィルム評価	1. 読影可能　2. 読影不能（ 右乳房 ・ 左乳房 ・ 両乳房 ）→ 理由：1. 体動　2. 撮影条件不良　3. ポジショニング不良　4. マンモ不適　5. その他（　）		
乳房の構成	〔 脂肪性、 乳腺散在、 不均一高濃度、 極めて高濃度 〕　豊胸術後		





① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性　3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

二次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要　2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

精密検査実施医療機関	1．自院で実施　・　2．他院を紹介　医療機関名（　）
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和　年　月　日 受診者署名	
医師記載欄　来院しないので ☐結果を郵送　☐医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 備考：	

R5.4.1

第4号様式の3（乳がん検診）

川崎市乳がん検診結果票

受診年月日	令和　　年　　月　　日		診査機関名	
一部負担金	1. 有　2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保　2. 非課税　3. 70歳以上　4. 無料クーポン	

同日実施	□ 特定健診　□ 肺がん　□ 大腸がん　□ 胃がん　□ 子宮がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭　　年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　**区**			電話	

乳がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 精検不要

今回の検診結果では、詳しい検査を行う必要はありません。

今後も、2年に1回、定期的に検診を受けてください。

ただし、マンモグラフィですべての乳がんを発見することはできません。乳房にしこりなど気になるところがありましたら、次回の検診を待たずに精密検査を受けてください。

また、乳房の構成が「不均一高濃度」、「極めて高濃度」の方は、他の人と比べて乳がんが分かりにくい傾向にあります。この結果票の右側に「乳房の構成」欄がありますので、「不均一高濃度」や「極めて高濃度」に〇印がついていないかご確認ください。

2. 要精密検査

今回の検診結果では、さらに詳しい検査を行う必要があります。

※精密検査は、マンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診（注射器で吸い出した細胞を顕微鏡で観察する検査）や針生検（患部の一部を切り取る組織診）等により、行う必要があります。

『乳がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、 ただちに右側下欄の「精密検査実施医療機関」で受診してください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等をご持参ください。

注意）乳がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つられるわけ ではありません。また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

※ 乳がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。

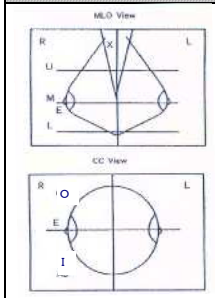
今後もご自身の健康を守るために、2年に1回、定期的に検診をお受けください。

※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

※ また、別添のパンフレットを見ながら乳がんの自己触診を行ってください。

③受診者用　3部複写

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）



① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性　3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

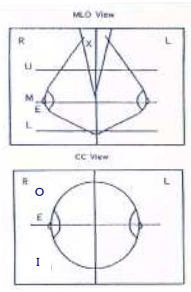
③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

一次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性

読影医師名		明らかにがんの所見があり　⇒　要医療（〇をしてください）
過去画像	あり（添付　　枚）・なし	比較読影：有　⇒　変化：　無・有（　　）

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）

二次読影年月日	令和　　年　　月　　日	
フィルム評価	1. 読影可能　2. 読影不能（右乳房・左乳房・両乳房） → 理由：1. 体動　2. 撮影条件不良　3. ポジショニング不良　4. マンモ不適　5. その他（　　）	
乳房の構成	〔 脂肪性、 乳腺散在、 不均一高濃度、 極めて高濃度 〕　豊胸術後	



① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性　3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

二次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要　2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

精密検査実施医療機関	1．自院で実施　・　2．他院を紹介　　医療機関名（　　）
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和　　年　　月　　日 受診者署名	
医師記載欄　来院しないので　□結果を郵送　□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 備考：	

第５号様式（2枚複写）

川崎市がん検診等委託料請求書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川 崎 市 長

医療機関コード

所 在 地

名　　称

開 設 者

令和　　年　　月中にがん検診等（医療機関実施）に要した費用として、次のとおり請求します。

区　分		請求額（自己負担金あり）			請求額（自己負担金無し）			決 定 額	
		件数	単価（税込み）	金額	件数	単価（税込み）	金額	件数	金額
肺がん検診	初 診 料								
	胸部エックス線検査								
	喀 痰 検 査								
	小　計								
大腸がん検診	初 診 料								
	免疫学的便潜血検査								
	小　計								
胃がん検診	初 診 料								
	胃部エックス線検査								
	胃部内視鏡検査								
	小　計								
子宮がん検診	初 診 料								
	頸 部 の み								
	頸 部 ＋ 体 部								
	頸部＋体部（採取不能）								
	コルポスコピー								
	小　計								
乳がん検診	初 診 料								
	マンモグラフィ								
	小　計								
骨粗しょう症検診	初 診 料								
	DXA法による腰椎測定								
	MD法・SXA法等								
	超 音 波 法								
	小　計								
合　計									

注（1）太線内のみ記入してください。

（2）請求書は２枚１組です。１枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進担当出してください。

※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。

（3）翌月１５日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。

（4）複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は１部で結構です。

※ ただし、前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

第５号様式の２（医療機関控）

川崎市がん検診等委託料請求書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川 崎 市 長

医療機関コード

所 在 地

名　　称

開 設 者

令和　　年　　月中にがん検診等（医療機関実施）に要した費用として、次のとおり請求します。

区　分		請求額（自己負担金あり）			請求額（自己負担金無し）			決 定 額	
		件数	単価（税込み）	金額	件数	単価（税込み）	金額	件数	金額
肺がん検診	初 診 料								
	胸部エックス線検査								
	喀 痰 検 査								
	小　計								
大腸がん検診	初 診 料								
	免疫学的便潜血検査								
	小　計								
胃がん検診	初 診 料								
	胃部エックス線検査								
	胃部内視鏡検査								
	小　計								
子宮がん検診	初 診 料								
	頸 部 の み								
	頸 部 ＋ 体 部								
	頸部＋体部（採取不能）								
	コルポスコピー								
	小　計								
乳がん検診	初 診 料								
	マンモグラフィ								
	小　計								
骨粗しょう症検診	初 診 料								
	DXA法による腰椎測定								
	MD法・SXA法等								
	超 音 波 法								
	小　計								
合　計									

注（１）太線内のみ記入してください。

（２）請求書は２枚１組です。１枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進担当に提出してください。

※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。

（３）翌月１５日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。

（４）複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は１部で結構です。

※ ただし、前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市乳がん検診精密検査結果報告書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川崎市長

〔精密検査実施医療機関〕　住　所

名　称

医師名

川崎市乳がん検診委託事業実施要綱第１５条第２項の規定に基づき、次のとおり要精検者の結果を報告します。

一次検診実施医療機関　記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		生年 月日	明・大・昭 年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　区				

マンモグラフィ検診
実施医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〃　住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一次検診年月日　令和　　年　　月　　日

精密検査実施日　令和　　年　　月　　日

検査方法　１.マンモグラフィ　２.超音波検査　３.細胞診　４.組織診　５.その他（　　）

診　断
１.異常なし　　２.原発性乳がん　　３.その他の乳がん
上記２、３の場合（ 1.０期 ・2.Ⅰ期 ・3.Ⅱ期 ・4.ⅢA期 ・5.ⅢB期 ・6.ⅢC期 ・7.Ⅳ期 ）
４.その他の疾患（ 乳腺症 ・ 線維腺腫 ・ 嚢胞 ・ 異常分泌 ・ その他 ）
５.乳がんの疑い　６.未確定　７.未受診

※「２．原発性乳がん」又は「３．その他の乳がん」の場合は、該当する病期の番号に○をしてください。
※「４．その他の疾患」の場合は、該当する疾患に○をしてください。（複数選択可）

所　見

＿＿

＿＿

＿＿

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進担当（川崎市川崎区宮本町１番地）への提出に御協力をお願いします。

川崎市乳がん検診精密検査結果報告書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川崎市長

〔精密検査実施医療機関〕　住　所

名　称

医師名

川崎市乳がん検診委託事業実施要綱第１５条第２項の規定に基づき、次のとおり要精検者の結果を報告します。

一次検診実施医療機関　記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		生年 月日	明・大・昭 年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　区				

マンモグラフィ検診
実施医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〃　住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一次検診実施日　令和　　年　　月　　日

精密検査実施日　令和　　年　　月　　日

検査方法　１.マンモグラフィ　２.超音波検査　３.細胞診　４.組織診　５.その他（　　）

診　断
１.異常なし　　２.原発性乳がん　　３.その他の乳がん
上記２、３の場合（ 1.０期 ・2.Ⅰ期 ・3.Ⅱ期 ・4.ⅢA期 ・5.ⅢB期 ・6.ⅢC期 ・7.Ⅳ期 ）
４.その他の疾患（ 乳腺症 ・ 線維腺腫 ・ 嚢胞 ・ 異常分泌 ・ その他 ）
５.乳がんの疑い　６.未確定　７.未受診

※「２．原発性乳がん」又は「３．その他の乳がん」の場合は、該当する病期の番号に○をしてください。
※「４．その他の疾患」の場合は、該当する疾患に○をしてください。（複数選択可）

所　見

＿＿

＿＿

＿＿

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進担当（川崎市川崎区宮本町１番地）への提出に御協力をお願いします。

川崎市乳がん検診精密検査結果報告書

令和　　年　　月　　日

（あて先）川崎市長

〔精密検査実施医療機関〕　住　所

名　称

医師名

川崎市乳がん検診委託事業実施要綱第１５条第２項の規定に基づき、次のとおり要精検者の結果を報告します。

一次検診実施医療機関　記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		生年 月日	明・大・昭 年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　区				

マンモグラフィ検診
実施医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〃　住所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

一次検診年月日　令和　　年　　月　　日

精密検査実施日　令和　　年　　月　　日

検査方法　１.マンモグラフィ　２.超音波検査　３.細胞診　４.組織診　５.その他（　　）

診　断
１.異常なし　　２.原発性乳がん　　３.その他の乳がん
上記２、３の場合（ 1.０期 ・2.Ⅰ期 ・3.Ⅱ期 ・4.ⅢA期 ・5.ⅢB期 ・6.ⅢC期 ・7.Ⅳ期 ）
４.その他の疾患（ 乳腺症 ・ 線維腺腫 ・ 嚢胞 ・ 異常分泌 ・ その他 ）
５.乳がんの疑い　６.未確定　７.未受診

※「２．原発性乳がん」又は「３．その他の乳がん」の場合は、該当する病期の番号に○をしてください。
※「４．その他の疾患」の場合は、該当する疾患に○をしてください。（複数選択可）

所　見

＿＿

＿＿

＿＿

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進担当（川崎市川崎区宮本町１番地）への提出に御協力をお願いします。

第７号様式

川崎市がん検診精密検査紹介状

令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　御中

受診者氏名　　（　　歳）

川崎市＿＿＿＿がん検診を実施しましたところ、別紙のとおりの結果を得ました。

＿＿＿＿がんについて、さらに検査が必要と思われますので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、精密検査の結果につきましては、別添の「精密検査結果報告書」にご記入いただき、同封の封筒にて川崎市健康福祉局あてにご提出くださいますようお願いいたします。

診 断

所在地

名　称

医　師