

CD提出用

施設コード

## 有所見例 記入用紙

## 指定症例①

## 有所見例①

## 有所見例②

性別	年齢
男・女	歳
使用装置	
番号	
THI	有り・無し
カラードプラ 搭載の可否	可・不可
探触子周波数 MHz	
高周波 探触子	有り・無し
( MHz)	

性別	年齢
男・女	歳
使用装置	
番号	
THI	有り・無し
カラードプラ 搭載の可否	可・不可
探触子周波数 MHz	
高周波 探触子	有り・無し
( MHz)	

性別	年齢
男・女	歳
使用装置	
番号	
THI	有り・無し
カラードプラ 搭載の可否	可・不可
探触子周波数 MHz	
高周波 探触子	有り・無し
( MHz)	

検査開始時刻	時 分
検査終了時刻	時 分
撮影断面数	

検査開始時刻	時 分
検査終了時刻	時 分
撮影断面数	

検査開始時刻	時 分
検査終了時刻	時 分
撮影断面数	

## ① 超音波検査で指摘した画像所見

## ② カテゴリー

## ③ カテゴリーを決定した理由となる超音波画像所見

## シェーマ

## ④ 判定区分

B	C	D1	D1P	D2	D2P	E
軽度異常	<input type="checkbox"/> 要再検査 3ヶ月	要治療	要治療 (緊急を 要する 場合)	要精検	要精検 (緊急を 要する 場合)	治療中
	<input type="checkbox"/> 要再検査 6ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 要再検査 12ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 要再検査 ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 生活改善					

注:判定区分Cについては、該当する内容に✓を入れてください。

## ⑤ 判定区分の理由

## ① 超音波検査で指摘した画像所見

## ② カテゴリー

## ③ カテゴリーを決定した理由となる超音波画像所見

## ④ 判定区分

B	C	D1	D1P	D2	D2P	E
軽度 異常	<input type="checkbox"/> 要再検査 3ヶ月	要治療 <small>(緊急を 要する 場合)</small>	要精検 <small>(緊急を 要する 場合)</small>	治療中		
	<input type="checkbox"/> 要再検査 6ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 要再検査 12ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 要再検査 ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 生活改善					

注:判定区分Cについては、該当する内容に✓を入れてください。

## ⑤ 判定区分の理由

## シェーマ

## ① 超音波検査で指摘した画像所見

## ② カテゴリー

## ③ カテゴリーを決定した理由となる超音波画像所見

## シェーマ

## ④ 判定区分

B	C	D1	D1P	D2	D2P	E
軽度異常	<input type="checkbox"/> 要再検査 3ヶ月	要治療 (緊急を要する場合)	要精検 (緊急を要する場合)	治療中		
	<input type="checkbox"/> 要再検査 6ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 要再検査 12ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 要再検査 ヶ月					
	<input type="checkbox"/> 生活改善					

注:判定区分Cについては、該当する内容に✓を入れてください。

## ⑤ 判定区分の理由