

〇〇市町村 胃がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

参考資料1

平成 年 月 日

主治医 様

平素は、本市町村の保健事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
 さて、本市町村の実施する胃がん検診におきまして下記の方は、要精密検査の結果となりました。
 つきましては、御高診いただき、精密検査結果が明らかとなりましたら、下記の報告書にご記入の上
 一次検診医療機関へご返送していただきますようお願い申し上げます。
 (精密検査医療機関 → 一次検診医療機関 → 市町村)

受診者	住所	電話番号	
	フリガナ 氏名	生年月日 男女	大・昭 年 月 日
一次検診結果	実施日	平成 年 月 日	医療機関名
	検診結果		

精密検査結果報告書 記入日： 年 月 日

【精検実施年月日】	平成 年 月 日
【精検実施医療機関名】 【担当医師名】	
【検査方法】	1. 内視鏡（組織診 あり なし） 2. 直接X線撮影 3. その他（ ）
【精密検査結果】	1. 異常なし 2. がん以外の疾患 胃潰瘍（癒痕） 十二指腸潰瘍（癒痕） 胃ポリープ 胃炎 その他（ ） 3. 胃がんの疑い 最終精検日 平成 年 月 日 経過の詳細（ ） 4. 胃がん *胃がんの場合は、下記にご記入ください
【今後の方針】	1. 一次検診へ 2. 経過観察（3ヶ月後 ・ 6ヶ月後 ・ 1年後） 3. 他医療機関紹介（医療機関名 ）（医師名 ） 4. 要治療 自機関にて治療： 有 ・ 無
【精検での偶発症】	1. あり（入院加療を要するもの・死亡） 2. なし

※胃がんと診断された場合は下記にご記入下さい

【治療年月日】	平成 年 月 日	【治療機関名】	
【治療法】	1. 外科的切除 2. 内視鏡的切除 3. その他（ ）		
【肉眼分類】	0型（Ⅰ・Ⅱa・Ⅱa+Ⅱc・Ⅱb・Ⅱc・Ⅱc+Ⅲ・Ⅲ・その他（ ）） 1型 2型 3型 4型 5型 不明		
【組織学的深達度】	M ・ SM ・ MP ・ SS ・ SE ・ SI ・ 不明		
【備考】			

（ 精密検査医療機関保存用 ）

〇〇市町村 胃がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

平成 年 月 日

一次検診医療機関 様

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

受診者	住所		電話番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
一次検診結果	実施日	平成 年 月 日	医療機関名	
	検診結果			

精 密 検 査 結 果 報 告 書 記入日： 年 月 日

【精検実施年月日】	平成 年 月 日
【精検実施医療機関名】 【担当医師名】	
【検査方法】	1. 内視鏡（組織診 あり なし） 2. 直接X線撮影 3. その他（ ）
【精密検査結果】	<p>1. 異常なし</p> <p>2. がん以外の疾患 胃潰瘍（癒痕） 十二指腸潰瘍（癒痕） 胃ポリープ 胃炎 その他（ ）</p> <p>3. 胃がんの疑い 最終精検日 平成 年 月 日 経過の詳細（ ）</p> <p>4. 胃がん *胃がんの場合は、下記にご記入ください</p>
【今後の方針】	<p>1. 一次検診へ</p> <p>2. 経過観察（3ヶ月後 ・ 6ヶ月後 ・ 1年後）</p> <p>3. 他医療機関紹介（医療機関名 ）（医師名 ）</p> <p>4. 要治療 自機関にて治療： 有 ・ 無</p>
【精検での偶発症】	1. あり（入院加療を要するもの・死亡） 2. なし

※胃がんと診断された場合は下記にご記入下さい

【治療年月日】	平成 年 月 日	【治療機関名】	
【治療法】	1. 外科的切除 2. 内視鏡的切除 3. その他（ ）		
【肉眼分類】	0型（Ⅰ・Ⅱa・Ⅱa+Ⅱc・Ⅱb・Ⅱc・Ⅱc+Ⅲ・Ⅲ・その他（ ）） 1型 2型 3型 4型 5型 不明		
【組織学的深達度】	M ・ SM ・ MP ・ SS ・ SE ・ SI ・ 不明		
【備考】			

（一次検診医療機関保存用）

〇〇市町村 胃がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

平成 年 月 日

〇〇市町村長 様

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

受診者	住所		電話番号	
	フリガナ 氏名		生年月日	大・昭 年 月 日
一次検診結果	実施日	平成 年 月 日	医療機関名	
	検診結果			

精 密 検 査 結 果 報 告 書 記入日： 年 月 日

【精検実施年月日】	平成 年 月 日
【精検実施医療機関名】 【担当医師名】	
【検査方法】	1. 内視鏡（組織診 あり なし） 2. 直接X線撮影 3. その他（ ）
【精密検査結果】	1. 異常なし 2. がん以外の疾患 胃潰瘍（癒痕） 十二指腸潰瘍（癒痕） 胃ポリープ 胃炎 その他（ ） 3. 胃がんの疑い 最終精検日 平成 年 月 日 経過の詳細（ ） 4. 胃がん *胃がんの場合は、下記にご記入ください
【今後の方針】	1. 一次検診へ 2. 経過観察 （3ヶ月後 ・ 6ヶ月後 ・ 1年後） 3. 他医療機関紹介 （医療機関名 ）（医師名 ） 4. 要治療 自機関にて治療： 有 ・ 無
【精検での偶発症】	1. あり（入院加療を要するもの・死亡） 2. なし

※胃がんと診断された場合は下記にご記入下さい

【治療年月日】	平成 年 月 日	【治療機関名】	
【治療法】	1. 外科的切除 2. 内視鏡的切除 3. その他（ ）		
【肉眼分類】	0型（Ⅰ・Ⅱa・Ⅱa+Ⅱc・Ⅱb・Ⅱc・Ⅱc+Ⅲ・Ⅲ・その他（ ）） 1型 2型 3型 4型 5型 不明		
【組織学的深達度】	M ・ SM ・ MP ・ SS ・ SE ・ SI ・ 不明		
【備考】			

（市町村保存用）