

〇〇市町村 胃がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

資料1-2

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	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（瘢痕） 十二指腸潰瘍（瘢痕） 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】	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】			

（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（瘢痕） 十二指腸潰瘍（瘢痕） 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）

〇〇市町村 大腸がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

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大腸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)

なお、厚生労働省の指針で、大腸がん検診の精密検査の第一選択は大腸内視鏡検査とし、これが困難な場合は
注腸検査とS状結腸内視鏡検査の併用を行うこととしております。注腸検査単独や便潜血の再検は、精密検査
として認められておりませんので、ご注意ください。

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	便潜血1日目(陰性・陽性) 便潜血2日目(陰性・陽性)		

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. 全大腸内視鏡 2. S状結腸内視鏡+注腸X線検査 3. その他 ()
【精密検査結果】	1. 異常なし 2. がん以外の疾患 痔疾 大腸憩室 その他 () 3. 大腸ポリープ (内視鏡的切除 あり なし) 腺腫 非腺腫 組織不明 組織学的検査せず 4. 大腸がんの疑い 最終精検日 平成 年 月 日 経過の詳細 () 5. 大腸がん *大腸がんの場合は、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

※大腸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 (Ip・Isp・Is・IIa・IIa+IIc・IIb・IIc・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 (A) ・ SE ・ SI (AI) ・ 不明		
【備考】			

〇〇市町村 乳がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

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乳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	大・昭 年 月 日
一次検診結果	実施日	平成 年 月 日	医療機関名
	視触診	(右) 異常なし・要精検 (左) 異常なし・要精検	
	マンモグラフィ	カテゴリー: (右) 1・2・3・4・5 (左) 1・2・3・4・5	

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. マンモグラフィ 2. 超音波検査 3. 細胞診 (分泌 穿刺) 4. 組織診 5. その他 ()														
【精密検査結果】	<table border="0"> <tr> <td>(右)</td> <td>(左)</td> </tr> <tr> <td>1. 異常なし</td> <td>1. 異常なし</td> </tr> <tr> <td>2. がん以外の疾患: 乳腺症・嚢胞・線維腺腫・乳管内乳頭腫・その他 ()</td> <td>2. がん以外の疾患: 乳腺症・嚢胞・線維腺腫・乳管内乳頭腫・その他 ()</td> </tr> <tr> <td>3. 乳がん疑い</td> <td>3. 乳がん疑い</td> </tr> <tr> <td>最終精検日 平成 年 月 日</td> <td>最終精検日 平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>経過の詳細 ()</td> <td>経過の詳細 ()</td> </tr> <tr> <td>4. 乳がん *下記にご記入ください</td> <td>4. 乳がん *下記にご記入ください</td> </tr> </table>	(右)	(左)	1. 異常なし	1. 異常なし	2. がん以外の疾患: 乳腺症・嚢胞・線維腺腫・乳管内乳頭腫・その他 ()	2. がん以外の疾患: 乳腺症・嚢胞・線維腺腫・乳管内乳頭腫・その他 ()	3. 乳がん疑い	3. 乳がん疑い	最終精検日 平成 年 月 日	最終精検日 平成 年 月 日	経過の詳細 ()	経過の詳細 ()	4. 乳がん *下記にご記入ください	4. 乳がん *下記にご記入ください
(右)	(左)														
1. 異常なし	1. 異常なし														
2. がん以外の疾患: 乳腺症・嚢胞・線維腺腫・乳管内乳頭腫・その他 ()	2. がん以外の疾患: 乳腺症・嚢胞・線維腺腫・乳管内乳頭腫・その他 ()														
3. 乳がん疑い	3. 乳がん疑い														
最終精検日 平成 年 月 日	最終精検日 平成 年 月 日														
経過の詳細 ()	経過の詳細 ()														
4. 乳がん *下記にご記入ください	4. 乳がん *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														

※乳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. 手術 2. 放射線治療 3. 化学療法 4. 内分泌療法 5. 分子標的治療 6. その他 ()		
【TNM分類】	T Tis T0 T1 T2 T3 T4a T4b T4c T4d TX N N0 N1 N2a N2b N3a N3b N3c NX M M0 M1 MX		
【臨床病期】	O I IIA IIB IIIA IIIB IIIC IV 不明		
【備考】			

〇〇市町村 肺がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書 (案)

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肺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	生年月日	大・昭 年 月 日
	氏名	男 女	
一次検診結果	実施日	平成 年 月 日	医療機関名
	検診結果	X線判定区分	A ・ B ・ C ・ D ・ E
喀痰細胞診判定区分		A ・ B ・ C ・ D ・ E	

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. CT 2. 気管支鏡 (擦過細胞診 生検) 3. 直接X線撮影 4. 喀痰細胞診 5. 過去画像との比較 6. その他 ()
【精密検査結果】	1. 異常なし 2. がん以外の疾患 肺結核 陳旧性肺結核 肺気腫 非結核性抗酸菌症 炎症後の変化 その他 () 3. 肺がんの疑い 最終精検日 平成 年 月 日 経過の詳細 () 4. 肺がん (原発性 転移性) *肺がんの場合は、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

※肺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. 手術 2. 放射線治療 3. 化学療法 4. その他 ()		
【臨床病期】	I A I B II A II B III A III B IV 不明		
【組織型】	腺がん・扁平上皮がん・小細胞がん・大細胞がん・その他の組織型・不明		
【備考】			