

様式第 8 号

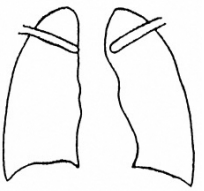
年 月 日

肺がん（呼吸器）検診結果連絡票

主治医 殿

市 町 村
検診実施機関

肺がん（呼吸器）検診の結果、精密検査が必要とされましたので、精密検査を実施いただき、その結果をご回報くださるようお願いいたします。

検診受診日 年 月 日 X 線 番 号 実 施 主 体	年 月 日
検診結果	
X線検査チェック部位 	X線判定区分 A, B, C D 1, D 2, D 3, D 4 E 1, E 2 細胞診判定区分 A, B, C, D, E
要望事項	
<input type="checkbox"/> 肺腫瘍に対する精査(X線 E, 細胞診 D, E) <input type="checkbox"/> 肺結核に対する精査(X線 D1) <input type="checkbox"/> 他の肺疾患に対する精査(X線 D2) <input type="checkbox"/> 心疾患に対する精査(X線 D3) <input type="checkbox"/> その他(X線 D4 等)	

提出期限：検診次年度の5月末まで、間に合わない場合11月末まで（期限まで確診に至らない場合は、「3. 肺がん疑い又は未確定」に○）
 回報書は最終的な診断をした施設から提出してください。精査のため他医療機関へ紹介する場合は、この回報書には**何も記入せずに 紹介先へ持たせてください。**

肺がん（呼吸器）検診精密検査回報書

検診月日	年 月 日	実施主体	
検診機関		X線番号	
判定区分	(X線) D、E	(細胞診) D、E	
精密検査年月日	年 月 日		
精密検査項目	1. 胸部CT検査 (HR-CT 含む) 2. その他 ()		
診断結果	1. 異常なし (著変なし含む) 2. 肺がん (転移性肺腫瘍を除く) 臨床病期: <input type="checkbox"/> 臨床病期 0 期～ I 期 <input type="checkbox"/> 臨床病期 II 期以上 <input type="checkbox"/> 病期不明 3. 肺がん疑いまたは未確定 4. その他の悪性腫瘍 (中皮腫・リンパ腫・他 ()) 5. 転移性肺腫瘍 (原発臓器 ()) 6. その他 (良性腫瘍・肺結核・他 ())		
検査に伴う偶発症 (入院を要するもの)	無・有 (内容: ())		
患者への指示、市町村連絡事項	1. 次回の検診 2. 要経過観察 (ヶ月後) 3. 要治療 (治療予定・治療済・他院紹介→※へ記載) 4. その他 ()		
	※紹介先 医療機関名		
医療機関名 担当医師名			