

大腸がん検診精密検査回報書

様式第12号

年 月 日

大腸がん検診結果連絡票

主治医 殿

市 町 村
検診実施機関

大腸がん検診の結果、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。

検診年月日	年 月 日	検診番号	
氏 名		住 所	
一次検診結果	1 日目	+ ・ - ・ 不能	
(免疫便潜血)	2 日目	+ ・ - ・ 不能	

市町村名			
一次検診年月日	年 月 日	検診番号	
精密検査年月日	年 月 日		
精密検査項目	1. 全大腸内鏡検査 2. S状結腸内視鏡検査/注腸X線検査 併用 3. 注腸X線検査 (単独) 4. その他※ () <small>※その他には、具体的に記入のこと、ただし便潜血の再検は精密検査としての意義を有しない</small>		
精密検査結果 (診断内容)	1. 異常なし 2. 腺腫 (ポリープ) (直径: 10mm 以上 ・ 10mm 未満) <small>※最大のもので判定ください</small> 3. 大腸がん 部 位 : <input type="checkbox"/> 直腸 ・ <input type="checkbox"/> S状結腸 ・ <input type="checkbox"/> 結腸 (盲腸含む) 深達度 : <input type="checkbox"/> 大腸がんのうち早期がん <input type="checkbox"/> うち粘膜内がん <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 深達度不明 4. 大腸がん疑い又は未確定 5. その他の疾患 ()		
検査に伴う偶発症 (入院を要したもの)	無 ・ 有 (内容)		
患者への指示、 市町村連絡事項	1. 異常なし、次回の検診 2. 経過観察 (ヶ月後) 3. 要治療 (治療予定 ・ 治療済 ・ 他院紹介 → 下記へ記載) 4. その他 ()		
	紹介先医療機関名		
医療機関名 担当医師名			
本回報書は「がんの存在診断」あるいは「その他の疾患の診断」の結果を回報いただくことを原則としています。なお深達度は可能な範囲での記載をお願いします。また、精査 (粘膜内がん等) および治療のために紹介された際は紹介先医療機関を明記いただき本書で回報ください。(治療後の結果はがん登録等で集計します)			