

主治医殿（精密検査担当医）

下記の方は、胃部X線検査の結果、要精密検査と判定されましたので御高診御加療或いは、治療方針の説明等をよろしくお願ひいたします。つきましては、ご多忙中恐縮ですが、検査結果を下記の精密検査結果報告書に御記入のうえ、先生から直接、検診実施機関宛に御返送いただきますようお願いいたします。（返送用封筒を御使用ください。）なお、この精検結果報告書については、検診精度向上を目的に取扱い、受診者様への報告は、検診実施機関より一切いたしませんのでご了承いただきますようお願い致します。

## 《利用目的》

がん対策基本法に基づき精密検査結果は、がん研究の情報として活用させていただきます。結果は目的以外には使用いたしません。利用目的をご理解いただいた上で、ご返送いただきますようお願い致します。

## 1. 検診の結果

検診実施機関名  
代表者名

印

〒

健 診 場 所  
申 込 団 体  
受 診 日  
受 診 番 号  
生 年 月 日 ・ 性 別  
健 診 種 別  
フ ィ ル ム 番 号  
市 町 名

様

-胃がん検診

## 精密検査結果報告書

病院・医院名  
診療医御芳名

印

令和 年 月 日

精密検査日	令和 年 月 日					
検査内容	1. X線	2. 内視鏡	3. 組織（生検）	4. その他（ ）		
診断名	1. 異常なし 2. 原発性胃がん 早期がん 深達度（M・SM） 進行がん 深達度（MP・SS・SE・SI・不明） 生検結果（グループ） 3. 転移性胃がん 原発部位（ ） 4. 胃がん疑い 5. 良性腫瘍 6. その他のがん（ ） 7. ポリープ（有茎・無茎・広基性） 8. 粘膜下腫瘍 9. 胃潰瘍（単発・多発・線状） 10. 胃潰瘍癒痕 11. 十二指腸潰瘍 12. 十二指腸潰瘍癒痕 13. 慢性胃炎（萎縮性胃炎・皺壁肥大型胃炎・鳥肌胃炎） 14. 食道疾患 15. その他の疾患（ ）					
病変の位置	位置	1. 穹隆部	2. 胃体部	3. 胃角部	4. 幽門前庭部	
および部位	部位	1. 小彎	2. 大彎	3. 前壁	4. 後壁	5. 全周
今後の方針	1. 異常認めず 2. 放置 3. 要観察 4. 要医療（含HP除菌） 5. 要手術					

※ 他院紹介の場合は、病院名をご記入ください。（ ）  
ご診断有難うございました。

主治医殿（精密検査担当医）

下記の方は、大腸がん検査の結果、要精密検査と判定されましたので御高診御加療或いは、治療方針の説明等をよろしく願います。つきましては、ご多忙中恐縮ですが、検査結果を下記の精密検査結果報告書に御記入のうえ、先生から直接、検診実施機関宛に御返送いただきますようお願いいたします。（返送用封筒を御使用ください。）なお、この精検結果報告書については、検診精度向上を目的に取扱い、受診者様への報告は、検診実施機関より一切いたしませんのでご了承くださいますようお願い致します。

《利用目的》

がん対策基本法に基づき精密検査結果は、がん研究の情報として活用させていただきます。結果は目的以外には使用いたしません。利用目的をご理解いただいた上で、ご返送いただきますようお願い致します。

1. 便潜血検査の結果（方法：ラテックス法 正常値：130ng/ml以下）

(1) 判定

(2) 検査値

1回 ng/ml

2回 ng/ml

検診実施機関名  
代表者名

〒

健 診 場 所  
申 込 団 体  
受 診 日  
受 診 番 号  
生 年 月 日 ・ 性 別  
健 診 種 別  
フ ィ ル ム 番 号  
市 町 名

様

-大腸がん検診

精密検査結果報告書

病院・医院名  
診療医御芳名

令和 年 月 日

精密検査日	令和 年 月 日	
検査内容	1. 直腸鏡 2. 免疫便潜血 3. 注腸透視 4. 大腸ファイバー [ R・S・D・T・A・C・(I) ] まで検査 5. 検査拒否 6. 検査不能 7. その他 ( )	
診断名 (和文)	1. 原発性大腸がん ( ) 内の該当するものに○をつけてください。 ( 早期 ( m・sm ) ・ 進行 ) 2. 転移性大腸がん ( 原発部位 : ) 部 3. 大腸がんの疑い 4. 大腸ポリープ ( ) 内の該当するものに○をつけてください。 ( 最大腺種の直径10mm以上・10mm未満・非腺腫性 ) 5. 大腸憩室 6. 潰瘍性大腸炎 7. クロウン病 8. 痔 9. その他の悪性腫瘍 ( ) 10. その他の疾患 ( )	1. 盲 腸 (C) 2. 上 行 結 腸 (A) 3. 横 行 結 腸 (T) 4. 下 行 結 腸 (D) 5. S 字 状 結 腸 (S) 6. 直 腸 (R) 7. 胃 8. 十 二 指 腸 9. その他 ( )
今後の方針	1. 異常認めず 2. 放置 3. 要観察 4. 要医療 5. 要手術 (ホリペクミ含む)	

※ 他院紹介の場合は、病院名をご記入ください。 ( )  
ご診断有難うございました。

主治医殿（精密検査担当医）

下記の方は、腹部超音波検診の結果、要精密検査と判定されましたので御高診御加療或いは、治療方針の説明等をよろしくお願ひいたします。つきましては、ご多忙中恐縮ですが、検査結果を下記の精密検査結果報告書に御記入のうえ、先生から直接、検診実施機関宛に御返送いただきますようお願いいたします。（返送用封筒を御使用ください。）なお、この精検結果報告書については、検診精度向上を目的に取扱い、受診者様への報告は、検診実施機関より一切いたしませんのでご了承いただきますようお願い致します。

## 《利用目的》

がん対策基本法に基づき精密検査結果は、がん研究の情報として活用させていただきます。結果は目的以外には使用いたしません。利用目的をご理解いただいた上で、ご返送いただきますようお願い致します。

## 1. 検診の結果

検診実施機関名  
代表者名

㊞

〒

健 診 場 所  
申 込 団 体  
受 診 日  
受 診 番 号  
生 年 月 日 ・ 性 別  
健 診 種 別  
フ ィ ル ム 番 号  
市 町 名

様

-腹部超音波検診

## 精密検査結果報告書

病院・医院名

診療医御芳名

㊞

令和 年 月 日

精密検査日	令和 年 月 日
検査方法	
診断名(和文)	
判定	1. 良 性    2. 悪 性 (早期・進行)    3. 原 発 性    4. 転 移 性
今後の方針	1. 異常所見を認めない 2. 放 置 (異常はあるが、日常生活に差し支えない) 3. 経過観察 (定期的な検査が必要) 4. 要 医 療 5. 要 手 術

※ 他院紹介の場合は、病院名をご記入ください。 ( )  
ご診断有難うございました。