

年 月 日

胃がん（X線検査）検診結果連絡票

主治医 殿

市 町 村

検診実施機関

胃がん（X線検査）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。

検診区分	検診車・医療機関	検診年月日	年 月 日
氏名		X線番号	No.
チェック フィルム	No.1.2.3.4.5.6.7.8	精密検査	
※位置を図示する		指示項目	
		チェックした異常所見	
		読影 委員会名	

胃がん（X線検査）検診精密検査回報書

市町村名				
一次 検診	検診区分	検診車・医療機関		
	実施月日	年 月 日	X線番号	
精密検査実施年月日		年 月 日		
精密検査実施項目		1. 内視鏡 2. 生検 3. その他 ()		
精密検査結果 (診断内容)		1. 異常なし 2. 慢性胃炎 3. 胃がん(転移性を含まない) <input type="checkbox"/> 胃がんのうち早期がん(粘膜内または粘膜下層) <input type="checkbox"/> うち粘膜内がん(T1a) <input type="checkbox"/> 進行がん(T2以上) <input type="checkbox"/> 深達度不明 4. 胃がん疑い又は未確定 5. その他の疾患 ()		
ヘリコバクター・ピロリについて		除菌を受けたこと(有・無) 除菌の結果(成・否・不明)		
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/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)				