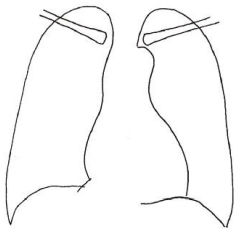


住所	〒 -	受付番号	
氏名	フリガナ	ID番号	
生年月日 性別	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳) 男 ・ 女	検診日	
		検体番号	

肺がん検診受診歴	肺がん検診は何回目ですか？ <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 2回以上 [()回目 前回の受診(平成 年 月 頃 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> その他())]	
既往歴	今までに、次の病気にかかったことはありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [肺結核・肺炎・肋膜炎・肺がん・じん肺・喘息・気管支拡張症・COPD(慢性閉塞性肺疾患) ・その他()] ↓ 病気の経過[治療中・経過観察中・治療中止・治癒・放置]	
職歴	次のような職場で働いたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 石綿(アスベスト)、粉じん作業、その他特殊健診を要する業務 従事年数(年)	
妊娠の有無	(女性の方のみお答えください。) 現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> ある(妊娠週数 週/最終月経 年 月 日) <input type="checkbox"/> ない	
胸部の自覚症状	最近6ヶ月の間に痰(たん)に血が混じったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 混じったことがある <input type="checkbox"/> ない ↓ 頻度はどの程度ですか？ <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ()ヶ月前から その他、肺に関する症状はありますか？ <input type="checkbox"/> ある [咳・痰・胸痛・息切れ・その他()] <input type="checkbox"/> なし	喫煙指数 1日本数×年数=() * 喀痰検査の要否 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 1 50歳以上で喫煙指数600以上 2 その他()
喫煙歴	たばこを吸いますか？ <input type="checkbox"/> 現在、吸っている <input type="checkbox"/> やめた[()歳の時にやめた] <input type="checkbox"/> 吸わない ↓ 吸っている、やめた方にお伺いします。 ・平均すると1日何本吸っていますか？(いましたか？) <input type="checkbox"/> 0~9本 <input type="checkbox"/> 10~19本 <input type="checkbox"/> 20~29本 <input type="checkbox"/> 30~39本 <input type="checkbox"/> 40~ ・何年間、喫煙していますか？(いましたか？) 喫煙開始年齢(歳)~(歳) 計(年)	

【胸部エックス線所見】



【所見の種類】

- 1 右肺
- 2 左肺
- 3 結節影
- 4 淡い雲絮状影
- 5 索状樹枝状影
- 6 無気肺
- 7 胸膜陥入像
- 8 含気減少
- 9 局所気腫
- 10 既存構造の偏位
- 11 肺門拡大
- 12 縦隔拡大
- 13 その他()

二重読影 (仮判定区分)		比較 読影 (二重読影 d,eの場合)
第一	第二	
a	a	A
b	b	B
c	c	C
d	d	D
e	e	E

胸部エックス線判定	
A	読影不能
B	異常なし
C	異常所見を認めるが、 精査不要
D	肺がん以外で 要精密検査
E	要精密検査 (肺がんの疑い)

喀痰細胞診判定	
A	検体不適
B	異常なし
C	要観察 ()ヶ月後要再検
D	要精密検査
E	要精密検査

医師名	二重読影第一
	二重読影第二
	比較読影

細胞検査士名	
専門医名	

総合判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 判定不能
------	--

(様式2号)

肺がん検診結果通知書

様

過日実施しましたあなたの検診結果は、次のとおりでしたのでお知らせします。

1 異常なし

今回の検診の結果、異常所見は認められませんでした。

しかし、これは、今後の保証ではありません。これからも、症状がなくても年1回は、検診を受けられるおすすめします。

また、呼吸がしにくい、胸(肺)が痛むなどの自覚症状があるときは、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。

2 要観察 ()か月後

今回の検診の結果、特別な検査や治療をする必要はありませんが、必ず _____ヶ月後に再度検査を受けるようにしましょう。

3 要精密検査

今回の検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。早めに医療機関で精密検査を受けてください。

4 判定不能

次の理由のため、検診結果の判定が不能です。再検査を受けられることをお勧めします。

[理由: 写真の読影ができなかった ・ たんが不足していた ・ その他(

平成 年 月 日

検診機関名

担当医師名

実施市町村名

(様式3号)

肺がん精密検査依頼書

平成 年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

〇〇〇市町村長
検診施設(医療機関)名
医師名

印

次の方は肺がん検診の結果、様式第2号の検診結果通知書のとおり精密検査を要すると思われるので、よろしくお願ひします。

なお、本検診は健康増進法に基づく検診であり、精密検査結果の把握は実施主体である市町村長が行うこととなっております。精密検査結果につきまして、お手数ですが、下記の「精密検査結果通知書」に所要事項をご記入の上、一次検診機関と〇〇市町村〇〇課(住所:〇〇市〇〇町〇〇番地、電話:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)へ御送付くださるようお願いいたします。

住所	〒 -
氏名	フリガナ
生年月日 性別	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳) 男 ・ 女

受付番号	
ID番号	
検診日	
検体番号	

肺精密検査結果通知書

精密検査実施年月日	平成 年 月 日
精密検査の方法	1 エックス線直接撮影 2 内視鏡検査(気管支ファイバー、生検) 3 組織検査 4 細胞診 5 その他()
精密検査の結果	1 原発性肺がん 臨床分類 [・〇期 ・I期 ・II期 ・III期 ・IV期 ・不明] 組織型 [・扁平上皮 ・腺 ・小細胞 ・大細胞 ・その他] 部位 [・肺門 ・肺野] 2 転移性肺がん 9 胸膜肥厚 3 肺がんの疑い 10 その他の悪性腫瘍 4 結核腫 11 その他の良性腫瘍 5 肺結核 [陳旧性 ・ 活動性] 12 過誤腫 6 肺炎 13 その他() 7 中葉症候群 14 異常なし 8 縦隔腫瘍
偶発症の有無 (入院を要するもの)	1 なし 2 あり[内容()] →偶発症ありの場合、転帰(死亡・生存) <small>※精密検査中、精密検査後の偶発症 がんの見逃しによるものを除く。例 経皮的肺穿刺や気管支生検による多量出血、検査後の気胸 等。</small>
診断後の処置 (今後の処置)	1 治療の要なし 2 内科的治療 3 経過観察(ヶ月) 4 手術(予定 年 月 日・施行 年 月 日) 原発性肺がんの場合 [・完全切除 ・非完全切除 ・判定不能手術 ・根治性不能手術 ・切除せず ・切除の有無不明] 6 その他()
他機関への紹介	1 無 2 有(医療機関名)
次年度からの揭示事項	1 年1回の検診でよい(病院検診・集団検診) 2 医療機関での定期検査が必要 3 その他()
その他の特記事項	

ご依頼のあった精密検査結果について、上記のとおり通知します。

平成 年 月 日

一次検診機関の長

〇〇〇市町村長 あて

医療機関の所在地

医療機関の名称

担当医師名

