

大腸がん検診精密検査依頼書記入方法

精密検査実施医療機関が記入

様式第11号

(精密検査実施医療機関控え)

大腸がん検診精密検査依頼書

秘

主治医 殿

一次検診機関名
住 所
電 話 番 号
医師署名又は記名押印

大腸がん検診において、下記の方が要精検と判定されましたので、ご高診くださいますようお願いいたします。
なお、精密検査の結果、今後の方針などについて本記録票に記入の上、返信用封筒で鹿児島市保健予防課まで返送くださいますようお願いいたします。

フリガナ		性 別	1. 男 2. 女	年 齢	歳
氏 名					日
住 所	鹿児島市	精検受診日は必ず検診日以降になります。 ※検診より前に受診した結果等は記入せず、今回の検診結果を受けて実施した精密検査の結果を記入してください。			
検 診 日	令和 年				

(精検受診日 令和 年 月 日) 精密検査記録票

精密検査の方法	1. 全大腸内視鏡検査		2. S状結腸内視鏡検査 (X線検査)		3. 生検 (結果)		4. ポリペクトミ		5. その他 ()									
	1. 治療の必要な		2. 内科的治療		3. 定期的に追跡結果 ()		4. 手術 (予定)		令和									
※1	●精検依頼書は複写のため、強めに記入してください。 ★ 記入方法 ★ ※1 精密検査の実施方法をご記入ください。 ※2 精密検査の結果をご記入ください。(○印) ※3 精密検査の実施医療機関名等をご記入ください。 ★ 報告方法 ★ 2枚目・・・精検実施医療機関で保管 3枚目・・・一次検診医療機関に返送 4枚目・・・保健予防課に返信用封筒で返送																	
※精密検査の結果 (右の表に○印をつけてください)	大腸がん (転移性を含まない)		大腸がんの疑い又は未確定		ポリープ (最大の腺腫の大きさ別)		非腺腫		組織不明		大腸憩室		潰瘍性大腸炎		クローン病		その他 (転移性の大腸がんを含む)	
	進行がん	早期がん	粘膜内	粘膜下	直径10mm以上	直径10mm未満												
※2	令和 年 月 日		医療機関名		住 所		電 話 番 号		医師署名又は記名押印		※3							

『精密検査の結果』欄は地域保健・健康増進事業報告として国及び県に報告しますので、必ずご記入をお願いします。

腺腫のあった方について、最大の腺腫の大きさ別になっています。直径10mm以上か直径10mm未満かどちらか該当する方に○印をご記入ください。