

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、次の者が精密検査の必要ありとされましたので、精密検査を実施くださり、その結果を御回報くださるようお願い致します。

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	No.
精密検査年月日	年 月 日
精密検査項目	<p>1. 全大腸内視鏡検査</p> <p>2. S状結腸内視鏡検査/注腸X線検査 併用</p> <p>3. 注腸X線検査 (単独)</p> <p>4. その他※ ()</p> <p>※その他には、大腸CT・カプセル内視鏡・便潜血など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</p>
精検結果	<p>1. 異常なし</p> <p>2. ポリープ (直径: 10mm 以上・10mm 未満) ※最大のもので判定ください (腺腫以外を含む)</p> <p>3. 大腸がん (部位: 直腸・S状結腸・結腸 (盲腸含む))</p> <p style="margin-left: 20px;">癌腫: 粘膜内 粘膜下層 粘膜内または粘膜下層 (詳細な深達度不明) 進行がん 進展度不明</p> <p>4. 癌腫以外の悪性腫瘍 (カサノイト[®]・リンパ[®] 腫・他 ())</p> <p>5. 大腸の転移性腫瘍 (原発臓器 ())</p> <p>6. 大腸がん疑い</p> <p>7. その他 (GIST・他 ())</p>
指示項目	<p>1. 要経過観察 (ヶ月後)</p> <p>2. 要治療 (入院、外来)</p> <p>3. その他 ()</p> <p>4. 他医療機関へ紹介 (医療機関名:)</p>
医療機関名 担当医師名	
<p>他医療機関へ紹介する場合は、この回報書には何も記入せずに 紹介先へ持たせてください。(ただし、大腸がん確定の場合を除く)</p>	

※項目の追加は市町村・検診機関の自由とする。