

年 月 日

胃がん検診精密検査回報書

胃がん検診結果連絡票

主治医殿

市 町 村

検診実施機関

胃がん検診の結果、次の者が精密検査の必要ありとされたので、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		レ線番号	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	

市町村名		実施機関名	
一次検診	検診区分	検診車・医療機関	
	実施月日	年 月 日	レ線番号
精密検査実施年月日		年 月 日	
精密検査実施項目		診断内容（診断名）	
内視鏡 X線直接撮影 生検 その他 ()			
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
患者への指示、及び 市町村への連絡事項		1 要治療 2 さらに精検が必要 3 経過観察 (カ月後) 4 その他	
担当医師名			

※ 項目の追加は市町村・検診機関の自由とする。