

様式第 4 号

年 月 日

胃がん検診（内視鏡検査）結果連絡票

主治医 殿

市 町 村

検診実施機関

胃がん検診（内視鏡検査）の結果、精密検査が必要とされましたので、精密検査を実施していただき、その結果をご回報くださるようお願いします。

氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日		No.	
一次検診日			
内視鏡検査 異常所見	1 病変部位（ 食道 胃 十二指腸 ） 2 生検（ 有 無 ） 3 判定（ ） ※ 位置を図示する <div style="border: 1px dashed green; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 内視鏡検査による、異常な所見とその部位がわかる資料を付記してください。 </div>		
読影委員会名			

胃がん検診（内視鏡検査）精密検査回報書

市町村名			
一検診実施医療機関		No.	
一次検診実施日	年	月	日
精密検査実施日	年	月	日
精密検査内容	1. 内視鏡 2. 生 検 Group : 1 2 3 4 5 部位 : U M L 肉眼分類 : O型 () 型 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、 市町村への連絡事項	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→※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)			