

大腸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

大腸がん精密検査依頼書
医療機関長 様
担当医 様

年 月 日

〒885-8555 都城市姫城町6街区21号
都城市 健康課
TEL 0986-23-2765

平素より格別の御指導御協力を賜り厚くお礼申し上げます。
さて、下記の方は、この度の大腸がん検診において要精密検査となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。
なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告書にてご回答くださるようお願い申し上げます。

氏 名		性別	生年月日	年 月 日 (歳)
		男・女		
住 所	(〒 ー) 都城市			
検診日	年 月 日	検診受診 医療機関名		
検診番号	検診医			
便潜血検査 結果	1回目： 陽性 ・ 陰性		2回目： 陽性 ・ 陰性	

大腸がん精密検査結果報告書
精密検査結果についてご記入の上、ご返送くださるようお願い申し上げます。

精密検査内容	貴院での精密検査の有無	1. なし → 【理由】				
	実施したすべての検査に○をつけてください	2. あり → 検査日 (年 月 日) 実施した検査について下段にご記入ください				
診断区分	i. 大腸がん (※ア)	1. 全大腸内視鏡検査 2. 大腸CT検査 3. 注腸エックス線検査 4. S状結腸内視鏡検査 5. 生検 6. その他の検査 (検査法：)				
		大腸がんの診断日 (診断区分を決定した日付)： 年 月 日				
		該当するものにチェックをつけてください				
		☐ 自施設で治療予定： 年 月 日 → 治療結果判明後に、本状の診断区分に記入し返送してください				
		☐ 治療を他の医療機関に紹介予定 → 紹介先医療機関から治療結果取得後に、本状の診断区分に記入し返送してください				
		該当するものに○をつけてください	1. 粘膜内がん (Tis：癌が粘膜にとどまり、粘膜下層に及んでいない) 2. 粘膜下層がん (T1：癌の浸潤が粘膜下層までにとどまり、固有筋層に及んでいない) 3. 粘膜内がん または 粘膜下層がん (詳細な深達度は不明) 4. 進行がん (T2以上：癌の浸潤が固有筋層またはそれを超えているもの) 5. 進展度不明		病変部位スケッチ 病変部位がわかるような資料を添付してください	
	ii. 大腸がんなし		6. 異常を認めず 7. 大腸のポリープ (※イ)： ☐ 直径10mm以上 ☐ 直径10mm未満 8. 大腸の転移性腫瘍 (大腸以外の腫瘍からの大腸への転移) 9. 大腸の癌腫以外の腫瘍等 (※ウ) (悪性腫瘍/その他：) 10. 大腸の良性病変 (※エ) 11. 大腸以外の病変 (悪性腫瘍 (※オ) / その他：)			
			iii. 大腸がん疑い または 未確定	12. 大腸がん疑い または 未確定 (※カ)		
				※ア 原発性大腸がんと確定診断がついている場合、および転移性であることが明らかでない場合はここに分類してください ※イ 腺腫以外も含めてください ※ウ 大腸に発生したリンパ腫、GIST等はここに分類してください ※エ 大腸に発生した憩室などはここに分類してください ※オ 精密検査にて大腸には病変がない悪性腫瘍はここに分類してください (例：胃がん、十二指腸がん、食道がん) ※カ 精密検査受診者のうち、検査結果が大腸がん疑いのある者、または精密検査が継続中で検査結果が確定していない者はここに分類してください		
	その後の処置	1. なし : 1年後の大腸がん検診に戻す 2. 経過観察： 次回 _____ カ月後予定				
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	1. なし 2. あり : 内容 ☐ 穿孔 ☐ 出血 ☐ その他 () 予後 ☐ 生存 ☐ 死亡					
記載年月日	年 月 日					
医療機関名			医師名			

(令和7年5月現在)

御記入いただきました情報は厳重に管理・保管し、検診事業に係る目的 (検診結果報告、精度管理等) 以外には利用しません。