

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

年 月 日

医療機関長 様
担当医 様

【返送先】

下記の方は、この度の大腸がん検診において要精検となりましたので、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返送くださるようお願い申し上げます。

検診番号			検診医療機関名 担当医師名	
検診年月日	年 月 日			
ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
氏 名				
住 所	(〒)			【特記事項】
便潜血結果	1日目	1. 陽性 2. 陰性 3. その他(判定不能)		
	2日目	1. 陽性 2. 陰性 3. その他(未回収・判定不能)		

大腸がん精密検査結果報告書

貴院での精密検査の有無		a. なし → 紹介先医療機関名 [] 紹介年月日: 年 月 日 b. あり	
精密検査年月日		年 月 日	精検実施医療機関名 担当医師名
精密検査内容 (実施したすべての検査に○)		1. 全大腸内視鏡検査 2. 大腸CT検査 3. S状結腸内視鏡検査 4. 注腸X線検査 5. 生検 6. その他の検査: 検査() ※医師コメント欄	
診断日(以下の診断区分を決定した日付)		年 月 日	
診 断 区 分	i. 異常なし	1. 異常なし	
	ii. 大腸の癌腫 原発性か転移性かが明らかでない場合はiiに分類する	2. 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) 3. 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) 4. 粘膜内がんまたは粘膜下層がん(詳細な深達度は不明) 5. 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) 6. 進展度不明	
	iii. 転移性の大腸腫瘍	7. 転移性の大腸腫瘍 (原発臓器:)	
	iv. 大腸の癌腫以外の腫瘍等	8. 癌腫以外の悪性の腫瘍() 大腸に発生したカルチノイド、リンパ腫等は、iv.8に分類 9. ポリープ (直径10mm以上 ・ 直径10mm未満) 10. その他 () 大腸に発生したGIST等は、iv.10に分類	
	v. がんの疑い または未確定	11. がんの疑いまたは未確定 検査結果が大腸がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、v.9に分類する	
	vi. i ~ v 以外の異常 i ~ v のいずれにもあてはまらない場合のみ記載	12. i ~ v 以外で良性病変疾患() 大腸に発生した憩室等は、v.12に分類 13. i ~ v 以外で大腸以外の悪性腫瘍() 精密検査にて大腸には病変がない悪性腫瘍はvi.13に分類(例: 胃がん、食道がん、十二指腸がん) 14. i ~ v 以外でその他()	
	備 考	一次検診の所見以外から見つかった病変等があれば記入してください	
その後の処置 他院紹介は 4.その他を選択し 医療機関名を記載	1. なし: 次回の大腸がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 (カ月後予定) 3. 治療済み (年 月 日) 治療方法: () 4. その他()		
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	a. なし b. 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		