

年 月 日

がん検診広域化実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

市町村長 殿

所在地

検診機関名

※代表者名

印

電話番号

添付する問診票等関係資料のとおり、がん検診を実施しましたので、下記のとおり請求します。

記

がん検診	単価	件数	請求額	がん検診	単価	件数	請求額
子宮頸がん検診							
乳がん検診							
合計							円

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求してください。

(振込先金融機関)			口座名義人	
銀行			本店	フリガナ
			支店	
預金種目	普通当座貯蓄	口座番号	氏名	

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

年 月 日

がん検診広域化実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

医師会会長 殿

所在地

検診機関名

※代表者名

印

電話番号

添付する問診票等関係資料のとおり、がん検診を実施しましたので、下記のとおり請求します。

記

がん検診	単価	件数	請求額	がん検診	単価	件数	請求額
子宮頸がん検診							
乳がん検診							
合計							円

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求してください。

(振込先金融機関)			口座名義人	
銀行			本店	フリガナ
			支店	
預金種目	普通当座貯蓄	口座番号	氏名	

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

年 月 日

がん検診広域化実績報告書兼請求書(広域分)

(月分)

市町村長 殿

所在地

医師会名

会長名

印

電話番号

添付する問診票等関係資料のとおり、がん検診を実施しましたので、下記のとおり請求します。

記

がん検診	単価	件数	請求額	がん検診	単価	件数	請求額
子宮頸がん検診							
乳がん検診							
合計							円

※ 年齢等により単価が異なる場合は、空欄をご利用のうえ請求してください。

(振込先金融機関)			口座名義人
銀行			フリガナ
預金種目	普通当座貯蓄	口座番号	氏名

※ 代表者名は、委任書(福岡県医師会へ提出)に記載した管理者名となります。

ID _____ _____ 様

子宮頸がん検診 個人結果報告書

貴方がこの度受診されました集団検診の結果について、下記のとおり御報告致します。

受 診 日	管 理 番 号

今回の結果			
過去の受診歴	受診年月		
	受診結果		

福岡県集団検診協議会

検診実施機関

主治医殿

紹 介 状

この方は子宮頸がん検診の結果、精密検査が必要と思われます。下記の検診結果をご参照の上、精密検査結果（所見）をご記入頂き、**当機関**宛にご返送下さいますようお願い致します。

氏 名	ID No. ()	受 診 日	
団体名称		管 理 番 号	メモ

検 診 結 果		
検体タイプ	細胞診判定	コメント
採取方法	推定病変	
検体の適否		
その他	細胞診専門医	

精密検査結果（口内に口印を又所要の事項をご記入下さい）

精 密 検 査 結 果																	
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">検査結果</td> <td> <input type="checkbox"/>細胞診(年 月 日 結果) <input type="checkbox"/>コルポスコピー所見 <input type="checkbox"/>NCF <input type="checkbox"/>ACF <input type="checkbox"/>IC <input type="checkbox"/>UCF <input type="checkbox"/>MF <input type="checkbox"/>組織診(年 月 日 結果) <input type="checkbox"/>その他 検査法() (年 月 日 結果) </td> </tr> <tr> <td>診断区分</td> <td> <input type="checkbox"/>異常なし(NILM) <input type="checkbox"/>良性病変() <input type="checkbox"/>軽度異形成(L-SIL) <input type="checkbox"/>中等度異形成(H-SIL) <input type="checkbox"/>高度異形成(H-SIL) <input type="checkbox"/>異型腺細胞(AGC) (<input type="checkbox"/>頸管 <input type="checkbox"/>内膜) <input type="checkbox"/>内膜増殖症 <input type="checkbox"/>異型内膜増殖症 <input type="checkbox"/>上皮内癌(H-SIL) <input type="checkbox"/>微小浸潤扁平上皮癌 <input type="checkbox"/>扁平上皮癌(SCC) <input type="checkbox"/>上皮内腺癌(EC-AIS) <input type="checkbox"/>内頸部腺癌(EC-ACC) <input type="checkbox"/>内膜腺癌(EM-ACC) <input type="checkbox"/>その他の悪性腫瘍() <input type="checkbox"/>確定できず(コルポスコピーや細胞診で所見あり、組織診で所見なし) </td> </tr> </table>	検査結果	<input type="checkbox"/> 細胞診(年 月 日 結果) <input type="checkbox"/> コルポスコピー所見 <input type="checkbox"/> NCF <input type="checkbox"/> ACF <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> UCF <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> 組織診(年 月 日 結果) <input type="checkbox"/> その他 検査法() (年 月 日 結果)	診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし(NILM) <input type="checkbox"/> 良性病変() <input type="checkbox"/> 軽度異形成(L-SIL) <input type="checkbox"/> 中等度異形成(H-SIL) <input type="checkbox"/> 高度異形成(H-SIL) <input type="checkbox"/> 異型腺細胞(AGC) (<input type="checkbox"/> 頸管 <input type="checkbox"/> 内膜) <input type="checkbox"/> 内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 異型内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 上皮内癌(H-SIL) <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌(SCC) <input type="checkbox"/> 上皮内腺癌(EC-AIS) <input type="checkbox"/> 内頸部腺癌(EC-ACC) <input type="checkbox"/> 内膜腺癌(EM-ACC) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 確定できず(コルポスコピーや細胞診で所見あり、組織診で所見なし)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">指 示 事 項</td> <td> <input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>要再検(月 日後) <input type="checkbox"/>要治療(<input type="checkbox"/>外来 <input type="checkbox"/>入院) <input type="checkbox"/>手術施行(年 月 日) <input type="checkbox"/>手術予定(年 月 日) <input type="checkbox"/>他院に紹介 紹介先医療機関名 () </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">精密検査実施医療機関名</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">TEL</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">医師名</td> <td style="text-align: right;">印</td> </tr> </table>	指 示 事 項	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要再検(月 日後) <input type="checkbox"/> 要治療(<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院) <input type="checkbox"/> 手術施行(年 月 日) <input type="checkbox"/> 手術予定(年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 紹介先医療機関名 ()		平成 年 月 日		精密検査実施医療機関名		所在地		TEL	医師名	印
検査結果	<input type="checkbox"/> 細胞診(年 月 日 結果) <input type="checkbox"/> コルポスコピー所見 <input type="checkbox"/> NCF <input type="checkbox"/> ACF <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/> UCF <input type="checkbox"/> MF <input type="checkbox"/> 組織診(年 月 日 結果) <input type="checkbox"/> その他 検査法() (年 月 日 結果)																
診断区分	<input type="checkbox"/> 異常なし(NILM) <input type="checkbox"/> 良性病変() <input type="checkbox"/> 軽度異形成(L-SIL) <input type="checkbox"/> 中等度異形成(H-SIL) <input type="checkbox"/> 高度異形成(H-SIL) <input type="checkbox"/> 異型腺細胞(AGC) (<input type="checkbox"/> 頸管 <input type="checkbox"/> 内膜) <input type="checkbox"/> 内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 異型内膜増殖症 <input type="checkbox"/> 上皮内癌(H-SIL) <input type="checkbox"/> 微小浸潤扁平上皮癌 <input type="checkbox"/> 扁平上皮癌(SCC) <input type="checkbox"/> 上皮内腺癌(EC-AIS) <input type="checkbox"/> 内頸部腺癌(EC-ACC) <input type="checkbox"/> 内膜腺癌(EM-ACC) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍() <input type="checkbox"/> 確定できず(コルポスコピーや細胞診で所見あり、組織診で所見なし)																
指 示 事 項	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要再検(月 日後) <input type="checkbox"/> 要治療(<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院) <input type="checkbox"/> 手術施行(年 月 日) <input type="checkbox"/> 手術予定(年 月 日) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 紹介先医療機関名 ()																
	平成 年 月 日																
	精密検査実施医療機関名																
	所在地																
	TEL																
医師名	印																
精密検査に伴う偶発性の有無： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 入院加療を要するもの <input type="checkbox"/> 死亡)																	

検診実施機関

乳がん検診個人結果報告書

貴方がこの度受診されました集団検診の結果について、下記のとおり御報告致します。

ID _____

_____様

受診日	受診番号	フィルム番号	エコー番号

今回の結果			
過去の受診歴	受診年月		
	受診結果		

福岡県成人病検診管理指導協議会
福岡県集団検診協議会

検診実施機関

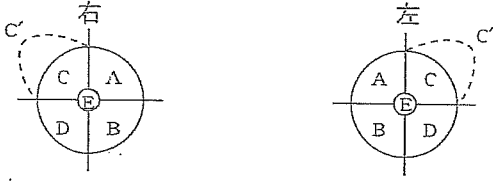
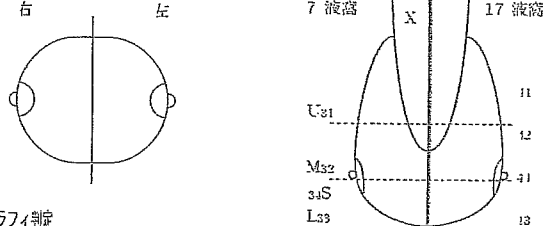
主治医殿

紹介状

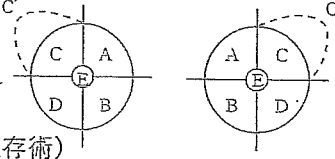
この方は乳がん検診の結果、精密検査が必要と思われます。下記の検診結果をご参照の上、精密検査結果(所見)を記入頂き、**当機関**宛にご返送下さいますようお願い致します。

氏名	ID No. ()	受診日
団体名称		受診番号
		フィルム番号
		エコー番号

検診結果

視触診・エコー所見	マンモグラフィ所見
 <p>視触診判定 エコー判定</p>	 <p>マンモグラフィ観</p>
エコー所見 (右) (左)	マンモグラフィ所見 (右) (左)

精密検査結果

最終診断名		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">部位</th> </tr> <tr> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>A</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>C'</td> <td>C'</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>E'</td> <td>E'</td> </tr> <tr> <td>大きさ</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>性状</td> <td> </td> </tr> </table>	部位		右	左	A	A	B	B	C	C	D	D	C'	C'	E	E	E'	E'	大きさ	X	性状		<table border="1"> <tr> <th>検査法</th> <th>最終検査日及び診断名を記入お願いします。</th> </tr> <tr> <td>M M G</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>エコー</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>細胞診</td> <td>平成 年 月 日 class I II IIIa IIIb IV V</td> </tr> <tr> <td>組織診</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>他検査</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td>平成 年 月 日</td> </tr> </table>	検査法	最終検査日及び診断名を記入お願いします。	M M G	平成 年 月 日	エコー	平成 年 月 日	細胞診	平成 年 月 日 class I II IIIa IIIb IV V	組織診	平成 年 月 日	他検査	平成 年 月 日	診断名	平成 年 月 日
部位																																							
右	左																																						
A	A																																						
B	B																																						
C	C																																						
D	D																																						
C'	C'																																						
E	E																																						
E'	E'																																						
大きさ	X																																						
性状																																							
検査法	最終検査日及び診断名を記入お願いします。																																						
M M G	平成 年 月 日																																						
エコー	平成 年 月 日																																						
細胞診	平成 年 月 日 class I II IIIa IIIb IV V																																						
組織診	平成 年 月 日																																						
他検査	平成 年 月 日																																						
診断名	平成 年 月 日																																						
<p>何れかに○で囲んで下さい</p> <p>・術式 (1:切除術 2:温存術)</p> <p>年 月 日実施 Bt Bq Bp Tm Ax Ic Ps Sc Mj Mn</p> <p>・臨床病期 (T N M : I, II A, II B, III A, III B, III C, IV)</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>精密検査 実施機関名 _____ TEL _____</p>	<p>指小事項</p> <p>何れか一つに○をつけて下さい。</p> <p>1異常なし 2放置可 3要再検(月後)</p> <p>4要経過観察 5要治療(外来、入院、手術)</p>																																						
所在地	医師名	印																																					

検診実施機関