

(様式第3号-1: 検診機関から市町村)

平成 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 氏名
預金種目	普通 当座 貯蓄	口座 番号	支店	

※ 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。

平成 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。

平成 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			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。

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 style="vertical-align: top;">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; vertical-align: middle;">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

検診実施機関

福岡県集団検診協議会

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>右 左</p> <p>視触診判定 エコー判定</p>	<p>右 7 波高 左 17 波高</p> <p>W 21 L 11</p> <p>U21 M32 34S L23</p> <p>マンモグラフィ判定</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		部位	検査法	最終検査日及び診断名を記入お願いします。
何れかに○で囲んで下さい		右 左	M M G	平成 年 月 日
・術式 (1:切除術 2:温存術)		A B C D C' E' E	エコー	平成 年 月 日
年 月 日 実施 Bt Bq Bp Tm Ax Ic Ps Sc Mj Mn		大きさ X	細胞診	平成 年 月 日 class I II IIIa IIIb IV V
・臨床病期 (T N M : I, II A, II B, III A, III B, III C, IV)		性状	組織診	平成 年 月 日
平成 年 月 日			他検査	平成 年 月 日
精密検査 実施機関名 _____ TEL _____			診断名	平成 年 月 日
所在地 _____ 医師名 _____ 印 _____			指小事項	何れか一つに○をつけて下さい。
			1異常なし 2放置可 3要再検(月後)	
			4要経過観察 5要治療(外来、入院、手術)	

検診実施機関

総合がん検診結果票

様

受診番号

受診日

受診番号

昭和 年 月 日 生 歳

	今回の結果			前回の結果	前々回の結果
	管理 No.	判定	受診日	判定	判定
胃がん検診					
大腸がん検診					
子宮頸部がん検診					
乳がん検診	視触診				
	マンモグラフィ				
肝炎検診	B型				
	C型				
骨粗鬆症検診					

今回の検診結果について

<検診実施機関名称>