

診療情報提供書

令和 年 月 日

精密検査担当医師 様

当院にて実施しました大腸がん検診の結果、精密検査が必要であると認められました。御多忙中恐縮ですが、下記報告書に精検結果を御記入のうえ、御返送くださいますようお願いいたします。

精密検査依頼書（大腸がん検診）

検診年月日 (結果判定日)	令和 年 月 日	医療機関名 担当医師名	印
ふりがな		男	生年月日
氏名		女	大正・昭和 年 月 日 (歳)
住所	松山市		
検診結果	検査法：免疫便潜血2日法 結果：陽性・その他()		

大腸がん精密検査結果報告書

精検日	令和 年 月 日 ※上記の検診年月日以降の日付	医療機関名 担当医師名	
検査方法	1 全大腸内視鏡検査 2 S状結腸内視鏡検査+注腸X線検査 3 生検 4 その他() 5 検査拒否・不能		
診断名	※当てはまる番号に○をおつけください。 1. 異常認めず 2. 原発性大腸がん [① 早期粘膜内 ② 早期粘膜下層 ③ 進行] ①~③のいずれかに必ず○をつけてください。 3. 転移性大腸がん(原発部位) 4. 大腸がんの疑い 5. 大腸がん以外のがん() 6. 大腸ポリープ [① 腺腫10mm以上 ② 腺腫10mm未満 ③ 非腺腫] ①~③のいずれかに必ず○をつけてください。 7. 大腸憩室 8. 大腸炎症性疾患 9. 大腸粘膜下腫瘍 10. 痔 11. その他()		
今後の方針	1 異常を認めず 2 経過観察 3 要治療 4 要手術(ポリープ含む) 5 放置 6 その他()		

※診断名欄が以下の場合、保健所から報告書に記載の医療機関へ病期等の追跡調査を行うことがあります。

・『2原発性大腸がん』で①~③が未記入 ・『4大腸がんの疑い』 ・『6大腸ポリープ』で①~③が未記入

※この報告書は、松山市保健所へ返信をお願いします(別添の封筒にて御投函ください。)