

精密検査担当医師 様

当院にて実施しました肺がん検診の結果、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（肺がん検診）

検診年月日	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	検査方法 1. X線 2. CT	陰影部位 (右・左) (上・中・下) (肺野・肺門)	性状 腫瘤影・浸潤影 その他 ()

肺がん精密検査結果報告書

精検日	令和 年 月 日	医療機関名 担当医師名	
検査方法	1 X線(正面・側面) 2 気管支鏡 3 細胞診 4 CT 5 高分解能CT 6 MRI 7 PET 8 その他 ()		
診断名	※当てはまる番号・記号に○をおつけください。 1 異常認めず 2 原発性肺がん 病期 (0・I・II・IIIa・IIIb・IV・不明) ※病期は必ずご記入ください。 3 転移性肺がん (原発部位) (LKの場合) 手術前・手術後 (手術日: 令和 年 月 日) 組織型 (腺がん・扁平上皮がん・小細胞がん・大細胞がん・その他・不明) 部位 (肺門型・肺野型・混合・不明) 切除後の根治性 () 病変サイズ () 4 肺がんの疑い 5 肺がん以外のがん () 6 肺結核 7 肺炎 8 気管支炎 9 気管支拡張症 10 じん肺 11 肺気腫 12 その他 ()		
方針	1 異常認めず 2 経過観察 3 要治療 4 要手術 5 放置 6 その他 ()		

※診断名欄が『2原発性肺がんの病期不明』の場合や、『4肺がんの疑い』の場合は、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。

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