

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 ()		

※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。)