

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松山市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）

Table with 4 columns: 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. Rows include: ふりがな, 氏名, 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

Table with 4 columns: 精検日, 令和 年 月 日, 医療機関名 担当医師名. Rows include: 検査方法 (1-5), 診断名 (1-11 with checkboxes and instructions), 今後の方針 (1-6).

※診断名欄が次の場合は、健康づくり推進課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、健康づくり推進課へ返信をお願いします(別添の封筒にて御投函ください。)