第4号様式 (肺がん検診・市提出用)

川崎市肺がん検診申込書・記録票

2020/4/1

※ 受診される方へ : 太枠の中を強くお書きください。

受	診年月日	令和	年	月	日	診査機関名	
	部負担金	1. 有 2. 無	一部	₿負担金「2.無	」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上	

同日実施 □ 特定健診

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	性別	男・女	生年 月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所	川崎市	区				電話					

次の質問をよく読ん	んで、該当する番号を「○」で	で囲んでください。		
1 肺がん検診を受けたことがありますか				
1 ない 2 ある (前回 年 月頃、検査結:	果 異常なし/病名()]
2 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ()には部位を	記入してください			
1 いない 2 いる (1) 父母()	(2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()	
3 いままでに、次の病気をしたことがありますか	1 な い	2 あ る		
(1)肺がん (2)肺炎 (3)肺結核 (4)肺線維症 (5)肺気腫 (6	6)その他の肺疾患()		
いつですか⇒(年 月)				
4 胸部の手術をしたことがありますか 1 な い	2 あ る(病名)		
5 現在治療中の病気はありますか 1 な い	2 あ る(病名)		
6 最近6か月以内に以下のような症状はありますか	1 ない	2 ある		
(1)せき (2)たん (3)血たん (4)胸・背中の痛み	タ (5)体重減少	>		
7 嗜好について たばこ 1 吸ったことがない	2 以前吸っていた 1日	()本×()年 ()年前まで	
3 吸 う 1日()本×()年			
8 職業環境 (1) 石綿(アスベスト)関係 (2) その他()			
9 妊娠の可能性はありますか。(女性のみ回答)	1 ない 2 あっ	る		

	一次読影日	年 月 日			医師名									
				Ē	听見		診断		エックス線判	定区分(記	己号を記	入する)		
胸部	比較読影:有⇒変化:								a 読影不能 b 異常所見 c 異常所見 d 異常所見 e1 肺がんの e2 肺がんを	しを認めない しを認めるが を認めるが肺 り疑いを否定	精査を必 がん以外の	の疾患が考え		
工	10+X00.示7:日·女10:/	/m							C2 //F/2 70 E	JANACI				
ツ	二次読影日	年 月 日			医師名									
ク					所見		診断		エックス線判	定区分(記	見号を記	入する)		
ス線	100	別句							A 読影不能 B 異常所見 C 異常所見 D 異常所見 E1 肺がんの	を認めない しを認めない しを認めるが を認めるが肺	、 精査を必 がん以外の	公要としない の疾患が考え		
	比較読影:有⇒変化:	無•有()							E2 肺がんを					
	J	胸部エックス線検査	決定半	判定区分				А	В	С	D	E1	E2	
喀痰細	1 実施せず 2 実施した(実施理	由 ア・イ)	\Rightarrow 3	8 初回採痰	喀痰採取日 提 出 日	月月	日~ 日~	月月	E E		喀	灰細胞診	判定	
胞診	※「がん検診等の手3 すすめたが痰が耳	- · - - · · · ·	3	9 再採痰	再採取目 再提出目	月月	目~ 日~	月月	日日	А	В	С	D	Е
		1 所見なし・精密検	查不要	2 所見る	あり・精密検	查不	要	3 5	要精密検査	(肺がん以	(外)			
	総合診断	4 要精密検査 ⇒	(1)自	院で実施・	他院を紹	介(医	療機	関名)		
	₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩₩	判定医師名												
	医師のコメン	ト (所見)												

検診結果につ	いて、説明・指導を受り	けました。 令和	年	月	日 受診者署名
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送			医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:					

第4号様式 (肺がん検診・市提出用)

Kawasaki City Lung Cancer Screening Test Application Form/Record Sheet

※市記入欄

* To medical examinees: Please write clearly in the thickly outlined hoxes.

TO Illeuica	i exammees. Fiease wii	ite clearly in the th	ickly outlined boxes.		
受診年月日	令和	年 月	日	診査機関名	
一部負担金	全 1. 有 2. 無	一部負担金「	2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非調	果税 3.70歳以上
同日実施	□特定健診				

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent

	ger										
Full name		Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old)
Address			ku,	Kaw	asaki City	Tel.					

Please read the following questions carefully a	nd circle the appropriate answers.	
1 Have you ever had a lung cancer screening test before?		
1 No 2 Yes Previous test: Around ((year/month)), Te	est results: No abnormality / Disease name:	
2 Has anyone related to you by blood ever developed lung cancer? Specify cancer sites in p	parentheses.	
1 No 2 Yes (1) Parents () (2) Siblings () (3) Uncle/aunt ()
3 Have you ever had one/some of the following diseases?	1 No 2 Yes	
(1) Lung cancer (2) Pneumonia (3) Lung tuberculosis (4) Lung fibrosis (5) Lung emphysem	na (6) Other lung diseases (
When did you have it? \Rightarrow ((year/month))		
4 Have you ever had thoracic surgery?	1 No 2 Yes (Disease name:)
5 Are you currently undergoing treatment for any diseases?	1 No 2 Yes (Disease name:)
6 Have you had any of the following symptoms within the last 6 months?	1 No 2 Yes	
(1) Cough (2) Sputum (3) Blood-stained sputum (4) Chest/back pain (5) Weight loss	
7 Preferences (Smoking): 11 have never smoked 21 used to smoke () cigarettes smoked per	day for () years/until () years ago	
3 I smoke () cigarettes per day for () years		
8 Occupational environment (1) Asbestos-related (2) Other ()	
9 Is there any chance that you are pregnant? (To be answered only by females)	1 No 2 Yes	

	一次読影日 年 月	日			医師名											
	_			所	見		診断		エック	7ス線判2	定区分(記号を	記入	する)		
胸		2							b c d	異常所見 異常所見を	を認めなりを認めるス	が精査 市がんり	以外の疾	としない 患が考えら	れる	
部)							e2)	肺がんを	強く疑う					
エッ		日			医師名											
ク	_			所	見		診断		エック	7ス線判2	定区分(記号を	記入	する)		
お線	比較読影: 有⇒変化: 無・有(2							B C D E1	異常所見 異常所見を	を認めなり を認めるが :認めるが 疑いを否?	が精査 ホがんレ	以外の疾	としない 患が考えら	れる	
	胸部エックス線	検査決定	官判定	区分					A	В	С		D	E1	E2	
喀痰細	9 宝梅1 た(宝梅珊山 ア・イ)	\Rightarrow	38	初回採痰	喀痰採取目 提 出 目	月月	• •	月月	日日				喀疹	爽細胞診	判定	
胞診	※「がん検診等の手引き」参照		39	再採痰	再採取目 再提出目	月月		月 月	日日			А	В	С	D	Е
	1 所見なし・精	密検査不	要	2 所見あ	5り・精密検	查不	要:	3 5	要精密	密検査(肺がんり	以外)				
	総合診断 4 要精密検査	\Rightarrow (1)	自院	で実施・	他院を紹っ	介(图	医療機関	目名)			
	判定医師名	7														
	医師のコメント(所見)										_					

I have receiv	od an explanation/quid	anco rogardina	ho ro	sults of the cancer screening test.	
Thave receiv	reu ari explanation/gulu	arice regarding	ille le	suits of the caricer screening test.	
	Date:	/	/	Signature of examinee:	
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送		□医師が本人に電話説明した後、	結果を郵送
備考:					

2020/4/1

第4号様式の3 (肺がん検診・受診者用)

川崎市肺がん検診結果票

※ 受診される方へ : 太枠の中を強くお書きください。

受診年月日	令和	年	月	目	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負	負担金「2. 無	」の場合の理由	1. 生保 2. 非詞	果税 3.70歳以上

同日実施 □ 特定健診

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	性 別	男・女	生年 月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所	川崎市	区				電話					

肺がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

7.5.4~ プロの検診では異常は認められません プ後も定期的(毎年)に検診を受けてください。 また、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

2. 所見あり・精密検査不要 今回の検診結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。 今後、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

3. 要精密検査 (肺がん以外) 今回の検診結果では、その他の病気が疑われます。 詳しい検査を行う必要がありますので、『肺がん検診結果票』『健康保険証』等を持参のうえ、 ただちに希望される医療機関で受診してください。

安和世保 今回の検診結果では、CT検査※1や気管支鏡検査※2により、さらに詳しい検査を行う必要があります。 この『肺がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』等を持参のうえ、 ただちに下欄の精密検査を実施する医療機関で受診してください。 なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

※1 X線を利用して身体の内部(断面)を撮影する検査

※2 内視鏡を用いて気管支粘膜を観察し、病変を採取する検査

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意)肺がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。 また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

- ※ 肺がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。今後もご自身の健康を守るために、
- 年1回は検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のため必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。
- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。
- ※ がんの予防のためには、たばこを吸わないことが重要です。特に肺がんは喫煙との関連が強く、

また、たばこを吸う本人だけでなく、まわりの人にも健康被害を引き起こします。

	1 所見なし・精密	食査不要 2 所見あり・精密検査不要 3 要精密検査(肺がん以外)	
総合診断	4 要精密検査 ⇒	(1)自院で実施・(2)他院を紹介(医療機関名)
	判定医師名		
医師のコメン	ト(所見)		

検診結果につ	いて、説明・指導を受け	ました。	令和	年	月	日	受診者署名	
医師記載欄	来院しないので	□結果	を郵送			医師が	本人に電話説明した後、結果を郵送	
備者:								

第4号様式の3 (肺がん検診・受診者用)

Kawasaki City Lung Cancer Screening Test Results Sheet

* To medical examinees: Please write clearly in the thickly outlined boxes.

受診年月日	令和	年	月	日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部	負担金「2. 無	の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.70歳以上
同目実施	→ 特 定 健 診					

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent

Full name	Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old)
Address		ku,	Kaw	asaki City	Tel.					

Notification of Lung Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. No findings.

No abnormalities were found in this cancer screening test.

Please continue to have a medical examination regularly (annually).

If you have any subjective symptoms, please see a doctor at your near medical institution.

2. Findings confirmed/thorough examination is not needed.

According to the results of this cancer screening test, it is not necessary to carry out further examinations for the moment.

If you have any subjective symptoms in the future, please see a doctor at your near medical institution

3. Thorough examination is needed (other than lung cancer).

According to the results of this cancer screening test, you are suspected of having a disease other than lung cancer.

Since it is necessary to carry out further examinations, please visit the medical institute of your choice with the necessary documents (your Lung Cancer Medical Checkup Result Sheet and health insurance card) immediately and see see a doctor.

4. Thorough examination is needed.

According to the results of this cancer screening test, it is necessary for you to undergo further examinations including a CT scanning test and bronchoscopic examination*2.

Please immediately visit the medical institute where you can receive the thorough examinations listed below, bringing the Lung Cancer Screening Test Results Sheet, the Referral Form, the Thorough Examination Result Report and your health insurance card, and see a doctor. The results of the thorough examination will be shared with Kawasaki City and related medical institutions.

* 1 An examination to X-ray the inside of the body (cross-section surface)

* 2 An examination to observe bronchial mucosa using an endoscope and collect lesions

Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

Note: Lung cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening. In addition there are also cases in which the test result is "Positive" even when cancer is not present.

- * Lung cancer remains one of the major causes of cancer deaths in Japan. In order to continue to protect your own health, please have a cancer screening test at least once a year.
- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.
- * If you have any questions, please contact the medical institution you visited.
- * To protect yourself against cancer, it is important not to smoke. Lung cancer is particularly strongly associated with smoking, and poses health risks not only to the smoker but also to people around him/her.

		examination not needed 2 Findings confirmed/thorough examination not needed n needed (other than lung cancer)						
Comprehensive diagnosis	4 Thorough examination	4 Thorough examination needed → (1) Conducted at our hospital / (2) Referred to another hospital (Name of medical institute:						
	Name of diagnosing							
	doctor							
Doctor's comme	nts (findings)							

I have rece	I have received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test.											
	Date: / / Signature of examinee:											
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送	口医師が本人に電話説明した後、結婚	果を郵送								
備者:												

2020/4/1 2020/4/1 第4号様式 (大腸がん検診・市提出用)

※市記入欄

川崎市大腸がん検診申込書・記録票

※ 受診される方へ : 太枠の中を強くお書きください。

一部負担金 1. 有 2. 無 一部負担金「2. 無」の場合の理由 1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上	受診年月日	令和	年	月	日	診査機関名	
	一部負担金	1. 有 2. 無	一部	負担金「2.無」の	の場合の理由	1. 生保 2. 非	課税 3.70歳以上

同日実施 □ 特定健診 □ 肺がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	性別	男	· 女	生年 月日	明・大・昭年	月	目	(歳)
住所	川崎市	区					電話					

次の質問をよく読んで、該当する番号を「〇」で囲んでください。

人 (/ 見回でない記// こ、6	(ヨ9の留方を「〇」()	囲んとくたとい。		
1 血縁者で「がん」にかかった人はいま	すか ()には部	『位を記入してください』	•		
1 いない 2 いる (1) 父母	(2	2) 兄弟姉妹() (3) おじ	・おば()
2 いままでに、次の病気をしたことがあ	りますか 1 だ	ない 2 ある			
(1) 胃・十二指腸・食道の病気	(胃潰瘍 ポリープ	。 その他)		い ◇⇒(年 月頃)
(2) 大腸の病気	(ポリープ 潰瘍 憩	室 大腸炎 腫瘍	その他)	い ∽⇒(年 月頃)
(3) 肛門の病気	(いぼ痔 痔ろう 切	切れ痔 その他)		い∕>⇒(年 月頃)
3 腹部の手術をしたことがありますか	1 ない 2	ある(病名)	
4 現在治療中の病気はありますか	1 ない 2	ある(病名)	
5 最近6か月くらいの排便はいかがです	か				
(1) 下痢気味	1ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
(2) 便秘気味	1 ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
(3) 便秘と下痢を繰り返す	1ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
(4) 便が細い	1ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
(5) ねばねばした粘液がつく	1ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
(6) 便に血がまじる	1ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
(7) 便が黒い	1ない 2	ある (いつも 時	寺々 まれ)		
6 最近体重が変化しましたか	1 変わらない	2 増えた	3 減った (kg)	
7 過去5年間に大腸の検査を受けたこと	とがありますか				
1 ない 2 ある ∫前回	年 月頃、 場所	斤())
(1)検査方法	(イ) 大腸の透視	(ロ) 内視鏡 (ハ) 検便 (二) その)他()
(2)検査結果	(イ)異常なし	(ロ)異常あり 病名(()	J

		免疫学的便灌	 雪血検査	
検査方	法	1 回 目	2 回 目	判 定
1. ラテック	ス法	1. 陰 性	1. 陰 性	1. 陰 性
2. R-PH.	A法	2. 陽 性	2. 陽 性	2. 陽 性
3. そ の	他	3. 検体不良	3. 検体不良	3. 検体不良
	1 異常なし・	精密検査不要	•	
総合判定	2 要精密検	査 ⇒ (1)自院で実施 (2	2) 他院を紹介(医療機関名)
	判定医師名			
医師のコメ	ント			

検診結果につ	いて、説明・指導を受	受けました。令和	年	月	日	受診者署名	
医師記載欄備考:	来院しないので	□結果を郵送		医師が	本人に電	話説明した後、結果を郵送	
							2019/5/1

第4号様式 (大腸がん検診・市提出用)

Kawasaki City Large Bowel Cancer Screening Test Application Form/Record Sheet

※市記入欄

* To medical examinees: Please write clearly in the thickly outlined boxes.

			,		
受診年月日	令和	年 月	目	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「	2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非	課税 3.70歳以上
同日実施	· □ 特定健診 □] 肺 が ん	<u> </u>	-	

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent

IIIIOIIIIatioii	icanage.										
Full name		Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old)
Address			ku, K	(awa	saki City	Tel.					

Please read the following questions carefully and circle the appropriate answers.

	i lease read the following	questions carefully and	circle the appropriate answers.	
1 Has anyone related to	you by blood ever developed lung cance	er? Specify cancer sites in	parentheses.	
1 No 2 Yes	(1) Parents () (2	2) Siblings () (3) Uncle/aunt ()
2 Have you ever had on	ne/some of the following diseases?		1 No 2 Yes	
(1) Diseases of the stoma	ach, duodenum or esophagus (Gastric ulcer, po	olyp, etc.)	When did you have it? \Rightarrow (Around	(Y/M))
(2) Disease of large bowe	el (Polyp, ulcer, diverticulum	n, colitis, tumor, etc)	When did you have it? \Rightarrow (Around	(Y/M))
(3) Anal disease	(Blind piles, anal fistula,bl	leeding hemorrhoids, etc.)	When did you have it? \Rightarrow (Around	(Y/M))
3 Have you ever had ab	odominal surgery?	1 No	2 Yes (Disease name:)
4 Are you currently unde	ergoing treatment for any diseases?	1 No	2 Yes (Disease name:)
5 How have your bowel	movements been over the last 6 months	s?		
(1) Frequent diarrhea		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
(2) Tendency to be co	onstipated	1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
(3) Repetition of diarrh	nea and constipation	1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
(4) Thin stool		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
(5) Mucous stool (stoo	ol with mucus)	1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
(6) Bloody stool		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
(7) Black stool		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rare	ely)
6 Has your weight chang	iged recently? 1 No change	2 Increased	3 Lost (kg)	
7 Have you had a large	bowel screening test in the past 5 years'	?		
1 No 2 Yes	Previous test: Around	(year/month), Place ()	
	(1) Testing method (a) Fluoroscop	y of the large bowel (b) Er	ndoscopy (c) Stool test (d) Other ()
	(2) Test results (a) No apparent ab	normalities (b) Abnormalit	ies detected (Disease name:)

		免疫学的	免疫学的便潜血検査						
検査方法	法	1 回 目	2 回 目	判定					
1. ラテックス	ス法	1. 陰 性	1. 陰 性	1. 陰 性					
2. R-PHA	A法	2. 陽 性	2. 陽 性	2. 陽 性					
3. そ の	他	3. 検体不良	3. 検体不良	3. 検体不良					
	1 異常なし・	精密検査不要	•						
総合判定	2 要精密検	査 ⇒ (1)自院で実施 (2)) 他院を紹介(医療機関名)					
	判定医師名								
医師のコメ	ント								

I have received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test.										
	Date	e: /	/	Signature of examinee:						
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送	□医師が	本人に電話説明した後、結果を郵	送					
備考:										

第4号様式の3 (大腸がん検診・受診者用)

川崎市大腸がん検診結果票

受診年月日	令和	年	月	目	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無		一部負担金「2. 無	」の場合の理由	1. 生保 2. 非課程	说 3.70歳以上
同口宝梅	口 供 宁 健 診 口 貼	が 4.				

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	性別	男・女	生年 月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所	川崎市	区				電話					

大腸がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 異常なし

今回の検診では便潜血反応による異常所見は認められません。

- 今後も毎年、定期的に検診を受けてください。
- ※大腸にがんがあっても必ず陽性になるとはかぎりません。
- 下血、便通異常等の症状があったら、早めに医療機関で受診してください。

2. 要精密検査

今回の検診結果では、さらに詳しい検査を受ける必要があります。

この『大腸がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』等を持参のうえ、

ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。

※すべての方に病気があるわけではなく異常のない方もたくさんいます。

また、がん以外の病気も発見できますので、必ず精密検査を受けてください。

※精密検査は、全大腸内視鏡検査が第1選択となります。また、全大腸内視鏡検査が困難な場合は、S状結腸

内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用が次善の選択となります。なお、便潜血検査の再検査は不適切です。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意)大腸がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。

また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

- ※ 大腸がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。 今後もご自身の健康を守るために、年1回は検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。
- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

	Ⅰ 共吊なし・相名	公快宜小多	÷		
総合判定	2 要精密検査	\Rightarrow	(1)自院で実施	(2) 他院を紹介(医療機関名)
	判定医師名				
医師のコメン	/ ⊦				
検診結果について、説明・指	ばりました。 合	3和 年	月 日	受診者署名	
医師記載欄 来院しな	いので 口結	果を郵送	□医師が	本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:					

第4号様式の3 (大腸がん検診・受診者用)

Kawasaki City Large Bowel Cancer Screening Test Results Sheet

受診年月日	令和	年 月	Ħ	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「	2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.70歳以上
同日実施 [□ 特定健診 □ 肺	がん			

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage.

.ounugo.										
Full name	Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old
Address		ku	ı, Kav	wasaki City	Tel.					

Notification of Large Bowel Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. No apparent abnormalities.

No abnormalities due to occult blood reaction of feces were identified in this screening test.

Please continue to have a cancer screening test regularly.

- * There are also cases in which the test result is not "Positive" even when cancer is present.
- If you have symptoms such as bloody stool or abnormal bowel movements, please visit a medical institution as soon as possible

2. Thorough examination is needed.

According to the results of this cancer screening test, it is necessary for you to undergo further examinations.

Please visit the following medical institute with this Large Bowel Cancer Screening Test Results Sheet, the Referral Form, the Thorough

Examination Results Report, and your health insurance card, and undergo thorough examination immediately.

* Not all people who need thorough examination have a disease; there are many who are found to have no abnormalities.

Also, such examinations can detect diseases other than cancer, so please be sure to undergo the examination.

* The first line choice for the thorough examination is a colonoscopy of the entire large boyed. The second best choice for case

* The first-line choice for the thorough examination is a colonoscopy of the entire large bowel. The second-best choice, for cases in which a colonoscopy of the entire large bowel difficult to conduct, is a combination of a sigmoid colonoscopy and an enema X-ray inspection. Repeating a stool test for occult blood is not appropriate.

The results of the thorough examination will be shared with Kawasaki City and related medical institutions.

Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

Note: Large bowel cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening.

In addition, there are also cases in which the test result is "Positive" even when cancer is not present.

- * Large bowel cancer remains one of the major causes of cancer deaths in Japan.

 In order to continue to protect your own health, please have a medical checkup at least once a year.
- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.
- * If $% \left(1\right) =\left(1\right) =\left(1\right)$ you have any questions, please contact the medical institution you visited.

	1	1 No apparent abnormalities / thorough examination not needed									
Comprehe diagnos	-	Thorough exami	(1) Conducted at our hospital (2) Referred to another hospital (Name of medical institute:)							
39		Name of diag	nosing doctor								
Doo	ctor's comme	nts (findings))								
I have received	an explanatio	n/guidance i	regarding the	results of the cancer screening test.							
	I	Date:	/ /	Signature of examinee:							
医師記載欄	来院しない	ので	□結果を郵送	□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送							
備考:											

第4号様式 (胃がん検診・市提出用)

川崎市胃がん検診(エックス線検査)申込書・記録票

※市記入欄

※ 昨年度(4月1日~翌年3月31日)、川崎市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しましたか。1 はい 2 いいえ

※ 受診される	方へ : 太枠の中を	強くお書きくだ	さい。			
受診年月日	令和	年	月 日		診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金	≳「2. 無」の場合の理問	Ħ	1. 生保 2. 非	課税 3.70歳以上
同日実施 🗆	〕特定健診 □ 肺	がん口大	腸がん			

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭年	月	目((歳
住所	川崎市	区	-	-	-		電話					

次の哲問た トイ詰 ム.で 該当する釆早た「○」で囲んで/ださい

次の負向をよく読んで、該当する番号を「〇」で囲んでください。
1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ()には部位を記入してください。
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()
$oldsymbol{2}$ 次の病気をしたことがありますか $oldsymbol{1}$ な い $oldsymbol{2}$ あ る
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎
(7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患() いつですか⇒(年 月)
3 腹部の手術をしたことがありますか 1 な い 2 あ る (病名)
4 現在治療中の病気はありますか 1 な い 2 あ る(病名)
5 以下のような症状はありますか 1 な い 2 あ る
(1)胃 痛 (2)食物がつかえる感じ (3)胃のもたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐きけ、おう吐
(7)顔色が悪い (8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ (10) 便秘ぎみ (11)血 便 (12)黒っぽい便 (13)体重減少
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う(1日 本位)
(2)酒 類 1 飲まない 2 飲む (毎日 時々)
7 現在妊娠していますか 1 妊娠している 2 妊娠していない
8 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか (内視鏡検査・バリウム検査)
1 な い 2 あ る ⇒ 前回 年 月頃、 検査結果 異常なし/病名()
9 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか
1 ない 2 ある 3 わからない

一次読影日	年 月 日	3 医師氏名						所見区分	(数字を記入する)	
A区分 E 食道部 し	F 穹隆部	ß <u>部位</u> 区 A	区分 B	所見	診	断		1. 所見なし 2. 透亮像	7. 壁硬化 8. 皺襞途絶	
I 胃角	丿 U 体部上	:部						3. バリウム斑 4. 変形	9. 皺襞集中 10. 巨大皺襞	
B 十二指腸 球部	M 体部中	部						5. 伸展不良 6. 陰影欠損	11. 粘膜凸凹不整 12. その他	
/	/							診断(数字を記入する)	
A 前庭	L 体部下部	FIS						1. 異常なし	11. 十二指腸憩室	_
	前壁 大弯側	判定	i.	ii.	iii.	iv.	v .	 胃がん(疑含む) 胃腺種 胃炎 胃潰瘍 	12. 十二指腸潰瘍 13. 十二指腸潰瘍瘢痕 14. 十二指腸腫脹	
二次読影日	年 月 日	医師氏名						5. 胃潰瘍 6. 胃潰瘍瘢痕	15. 食道がん(疑) 16. 食道憩室	
A区分 E 食道部	F 穹隆音	那位 <u>部位 D</u> A	区分 B	所見	診	断		7. 胃憩室 8. 胃ポリープ	16. 反短心主 17. 食道裂孔ヘルニア 18. その他	
I 胃角) U 体部上	:部						9. 胃粘膜下腫瘍 10. 術後胃	()
B 十二指腸 球部	M 体部中	部							定区分	
A 前庭	L 体部下音	FIS						I. 読影不能 II. 異常所見を認める III. 異常所見を認める IV. 異常所見を認める	るが精査を必要としない	
	前壁 大弯側	判 定	Ι.	Π.	Ш.	IV.	V.	悪性病変以外の V. 悪性病変の疑い)疾患が考えられる	
	1 所見なし	•精密検査不	要		2	「見あり・	精密検	查不要		
総合判定	3 要精密榜	食査 ⇒ 自院	で実施	Ē • 1	也院を終	四介(医	療機関名	, 1)	
	判定医師名									
医師のコメン			-							

検診結果につ	いて、説明・指導を受	とけました。 令和	年	月	日	受診者署名	
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送		医師がる	本人に電	『話説明した後、結果を郵送	

備考:

第4号様式 (胃がん検診・市提出用)

一部負担金

Kawasaki City Stomach Cancer Screening Test (X-ray Examination) Application Form/Record Sheet

※市記入欄

* Did you have a stomach cancer screening test (endoscopic inspection) in Kawasaki City last year (from April 1 to March 31)?

一部負担金「2. 無」の場合の理由

1 Yes 2 No						
* To medical exa	minees: Please write	e clearly i	in the thickly	outlined boxes.		
受診年月日	令和	年	月	目	診査機関名	

1. 有 2. 無 同日実施 □特定健診□肺がん□大腸がん

Full name	1	Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old
Address			ku,	Kaw	asaki City	Tel.					

1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

Please read th	e following questions caref	fully and circle the appropriate answers.	
1 Has anyone related to you by blood ever developed lung ca	ancer? Specify cancer sites in pa	arentheses.	
1 No 2 Yes ⇒ (1) Parents () (2) Siblings () (3) Uncle/aunt ()	
2 Have you ever had one/some of the following diseases?	1 No	2 Yes	
(1) Stomach ulcer (2) Duodenum ulcer (3) Intestinal obstra	uction (4) Stomach polyp (5) St	tomach cramps (6) Chronic gastritis	
(7) Stomach cancer (8) Gastrointestinal disease () When did you have it? ⇒ ((year/month))
3 Have you ever had abdominal surgery?	1 No	2 Yes (Disease name:)
4 Are you currently undergoing treatment for any diseases?	1 No	2 Yes (Disease name:)
5 Do you have any of the following symptoms?	1 No	2 Yes	
(1) Stomachache (2) Difficulty swallowing food (3) Stomach upse (7) Poor complexion (8) Loss of appetite (9) Frequent diarrhea (1	. ,	• , ,	miting
6 Preferences (1) Smoking 1 I don't sm	oke 2 I used to smoke	3 I smoke (About cigarettes)	per day)
(2) Alcoholic beverages 1 I don't	drink 2 I drink (every day	/ sometimes)	
7 Are you pregnant now? 1 I am pregnant 2 I	am not pregnant		
8 Have you had an examination of the stomach in the past 5	years? (End	doscopic inspection / barium examination)	
1 No 2 Yes ⇒ Previous test: Around	(Y/M), Test results: No abnorm	nality / Disease name:(
9 Have you ever had a treatment for the eradication of Helico	obacter pylori bacteria?		
1 No 2 Yes 3 Not sure			

一次読影日	年 月 日	医師氏名				所見区分 (数字を記入する)
A区分 E 食道部	F穹隆部	部位区分 A B	所見	診 断		1. 所見なし 7. 壁硬化 2. 透亮像 8. 皺襞途絶 3. バリウム斑 9. 皺襞集中
I 胃角 B 十二指腸 球部	U 体部上部 M 体部中部					3. ハワム斑 9. 癜栗果甲 4. 変形 10. 巨大皺襞 5. 伸展不良 11. 粘膜凸凹不整 6. 陰影欠損 12. その他
A 前庭 B区分 1. 小弯側 2. 前 3. 後壁 4. 大		判 定 i.	ii .	iii. iv.	V .	診断 (数字を記入する) 1. 異常なし
	写阅 年 月 日	医師氏名				4. 胃炎 14. 十二指腸腫脹 5. 胃潰瘍 15. 食道がん(疑) 6. 胃潰瘍瘢痕 16. 食道憩室
A区分 E 食道部 I 胃角	F 穹隆部 U 体部上部	部位区分 A B	所見	診 断		7. 胃憩室 17. 食道裂孔ヘルニア 8. 胃ポリープ 18. その他 9. 胃粘膜下腫瘍 [10. 術後胃]
B 十二指腸 球部 A 前庭	M 体部中部 L 体部下部	ß				判定区分 I. 読影不能 II. 異常所見を認めない III. 異常所見を認めるが精査を必要としない IV. 異常所見を認めるが
B区分 1. 小弯側 2. 前 3. 後壁 4. 大		判 定 I.	П.	ш. IV.	V.	悪性病変以外の疾患が考えられる V. 悪性病変の疑い
総合判定	1 所見なし・精 3 要精密検査			所見あり・精密 と紹介(医療機関)
	判定医師名					
医師のコメント(所見)					

I have received	have received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test.										
	Date:	/	/	Signature of examinee:							
医師記載欄	来院しないので	□結果	を郵送	□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送							
備考:											

2020/4/1 2020/4/1 第4号様式の3 (胃がん検診・受診者用)

川崎市胃がん検診(エックス線検査)結果票

受診年月日	令和	年	月	Ħ	診査機関名		
一部負担金	1. 有 2. 無	一部	負担金「2.無」	の場合の理由	1. 生保 2. 非記	課税 3.70歳以上	
同日実施 □	特定健診 □	肺がん	□大腸☆	ぶん			

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名		カナ 氏名	性別	男・女	生年 月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
住所	川崎市	ξ			電話						

胃がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 所見なし・精密検査不要

今回の検診では異常は認められません。

今後も定期的に検診を受けてください。

また、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2. 所見あり 精密検査不要

今回の検査結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。

今後、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

3. 要精密検査

今回の検診結果では、胃内視鏡検査により、さらに詳しい検査を受ける必要があります。

『胃がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』等を持参のうえ、

ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保検診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意) 胃がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。 また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。
- ※ 胃がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。 今後もご自身の健康を守るため、定期的に検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

※厚生労働省が市町村で行うがん検診の内容等について定める「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、胃がん検診について、50歳以上の方を対象に2年に1回行うことが推奨されています。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の方を対象に年1回実施しても差し支えないこととされています。

備考:	\$0.02 C	日本で判込 し	1区前7.4人1	- 电品ののした後、相木を判込	
医師記載欄 来院した	ないので 口糸	吉果を郵送 □	1座師が木 1.1	こ電話説明した後、結果を郵送	
検診結果について、説明	明・指導を受けま	した。令和 年	月 日	受診者署名	
医師のコメント	(所見)				
	判定医師名				
総合判定	,,,,,	・精密検査不要 食査 ⇒ 自院で実		所見あり・精密検査不要 を紹介(医療機関名)

第4号様式の3 (胃がん検診・受診者用)

Kawasaki City Stomach Cancer Screening Test (X-ray Examination) Results Sheet

受診年月日	令和	年	月	目	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無		部負担金「2. 無	[]の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.70歳以上
同日宝施 □	特定健診 □ 肺	がん	口大腸がん	14		

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to

prevent in	omalion leakage.										
Full name		Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old)
Address			ku	, Kav	vasaki City	Tel.					

Notification of Stomach Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. No findings/thorough examination is not needed.

No abnormalities were found in this cancer screening test.

Please continue to have a medical examination regularly.

If you have any subjective symptoms, please see a doctor at your nearest medical institution.

2. Findings confirmed/thorough examination is not needed.

According to the results of this cancer screening test, it is not necessary to carry out further examinations for the moment. If you have any subjective symptoms in the future, please see a doctor at your nearest medical institution.

3. Thorough examination is needed

According to the results of this screening test, it is necessary for you to undergo further examinations through gastrofibers copy. Please visit the following medical institute with this Stomach Cancer Screening Test Results Sheet, the Referral Form, the Thorough Examination Results Report, and your health insurance card, and undergo thorough examination immediately. The results of the thorough examination will be shared with Kawasaki City and related medical institutions.

Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

Note: Stomach cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening. In addition, there are also cases in which the test result is "Positive" even when cancer is not present.

- * If you have any questions, please contact the medical institution you visited.
- * Stomach cancer remains one of the major causes of cancer deaths in Japan.

 In order to continue to protect your own health, please have a cancer screening test regularly.
- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.
- * According to the Guideline for Conducting Cancer Prevention Priority Health Education and Cancer Screenings, which stipulates the contents of cancer screening conducted by the Ministry of Health, Labour and Welfare in municipalities, it is recommended that stomach cancer screening tests should be conducted for people aged 50 and over at least every 2 years.

However, for the time being, there is no objection to conducting stomach X-ray examinations once a year for people aged 40 and over.

		1 No findings/TI	horough examina	ation not needed 2 Findings confirm/Thorough examination not needed		
Comprehensive diagnosis 3 Thorough examination needed⇒ Conducted at our hospital / Referred to another hospital (Name of medical institute:						
		Name of diag	nosing doctor			
Doc	tor's comm	ents (findings	s)			
I have receive	d an expla	nation/guidan	ce regarding t	the results of the cancer screening test.		
		Date:	/	/ Signature of examinee:		
医師記載欄	来院しな	いので	口結果を郵送	送 □医師が本人に電話説明した後、結果を郵送		
備考:						

2020/4/1 2020/4/1

第4-2号様式 (胃がん検診・市提出用)

川崎市胃がん検診(内視鏡検査)申込書・記録票

※市記入欄

	※ 昨年』	度(4月1日	3~翌年3月3	31日)、川岬	崎市の胃カ	ぶん検診(内視	見鏡検査)を受	診しました	きか。	1 はい 2	いいえ							
Ī			・: 太枠の「									医療機関コード						
	受診年			令和	年	月	日			診査機関名								
	一部負	負担金	1. 有	2. 無	_	部負担金「2. 🕏	無」の場合の理由	1	1	1. 生保 2. 非	丰課税	3. 70歳以上						
	同日実	施	特定健診	□肺が	: ん [] 大腸がん												
	受診される	方の検診情	青報を検診の精	度管理、がん	研究などの	目的のために	使用させていただ	どく場合がる	ありま	す。個々人の検	診情報が源	弱れることはありま	せん。					
Ī	漢字				カナ			,	性	男・女	生年	明・大・昭						
	氏名				氏名				別	<i>л</i> ·	月日			年	月	日	(歳)
	住所	川崎市	区								電話							

	次の質問をよく読んで、	該当する番号を「○」で囲んでください。	0
1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか	()には部位を記入し	してください	
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()
2 次の胃腸の病気をしたことがありますか			
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3)	腸閉そく (4) 胃ポリープ (5)) 胃けいれん (6) 慢性胃炎	
(7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患()	いつです	か⇒(年 月)
3 薬剤アレルギーがありますか	1ない	2 あ る (薬剤名)
		(キシロカインショックの有無: 1)	ない 2 ある)
4 現在治療中の病気はありますか	1ない	2 あ る (病名)
5 以下のような症状はありますか	1 ない	2 あ る	
(1)胃 痛 (2)食		たれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)	
(7)顔色が悪い	(8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ	み (10) 便秘ぎみ (11)血 便 (12))黒っぽい便 (13)体重減少
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない	2 以前吸っていた 3	吸う(1日 本位)	
(2)酒類 1 飲まない	2 飲む (毎日 時々)		
7 過去5年間に胃の検査を受けたことがあり	ますか	(内視鏡検査・ バリウム検	査)
1 ない 2 ある ⇒ 前回 年	月頃、 検査結果 異常な	なし/病名()	
8 ヘリコパクター・ピロリ菌の除菌治療を受け	けたことがありますか	1 ない 2 あ	っる 3 わからない

血圧	~		脈拍			通常径	細径	所 見 区 分(数字を記入する)
一次読	影日	年	月 日	l	医師氏名	<u> </u>		1. 所見なし 5. 瘢痕 9. 褪色
	A区分	E. 食道 F. 穹窿部		部位 A	Z区分 B	所見	診断	2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整 3. 陥凹 7. びらん 11. その他
	3	U. 胃体上部 M. 胃体中部						4. 潰瘍 8. 発赤 ()
LL_	7	L. 胃体下部	3					診 断(数字を記入する)
	\	I. 胃角部						1. 異常なし 9. 胃びらん
		A. 前庭部 B. 球部			I	I	I	2. 癌(疑い含む) 10. 胃粘膜下腫瘍
B区分	1.小弯 2. 前壁		4. 大弯	俚欢症	: あり → 5	即統訂入		3. 胃腺腫 11. 術後胃
	ありなし	0. 反主	1. 八马	門无近	. (2) /)	り 1 小がくロロンく		4. ヘリコバクター関連胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘢痕含む)
	Group (1, 2, 3,	4,5)	•食 道•	十二指腸	判定:0.	i. ii. iii.	iv. v.	5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん
— \/L, ⇒±	: E/ p	F	~_	指腸	EATE A			6. 胃潰瘍(瘢痕含む) 14. 食道裂孔ヘルニア
二次読	:於日 	年	月 日		医師氏名			- 7. 表層性·びらん性胃炎 15. 食道炎
				部位 A	区分 B	所見	診断	8. 胃ポリープ 16. その他()
								判 定 区 分
	3							 ○. 読影不能 Ⅰ. 異常所見を認めない Ⅲ. 異常所見を認めるが精査を必要としない Ⅲ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる Ⅳ. 要精密検査(生検)あるいは要再精密検査(生検)
再検査の	の必要性 1. 有	2. 無			判定:0.	I. Ⅱ. Ⅲ.	IV. V.	V. 悪性病変
		1 所見	なし	2 7	所見あり・精密	密検査(生検)不	要	
	総合判定	3 要精	密検査(生	上検) ⇒	自院で実施	・ 他院を紹介	(医療機関名)
,	かいロナリルこ	a 要	E 経過観察	(ケ	月)	b 要治療		
		判定图	医師名					
	医師のコメント	(所見)						

検診結果につい	ハて、説明・指導を受けまり	した。 令和	年	月	日	受診者署名	
医師記載欄	来院しないので	□結果を垂	送]医師が	本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:							

第4-2号様式 (胃がん検診・市提出用)

Kawasaki City Stomach Cancer Screening Test (Endoscopic Inspection) Application Form/Record Sheet

1 Has anyone related to you by blood ever developed lung cancer? Specify cancer sites in parentheses.

※市記入欄 * Did you have a stomach cancer screening test (endoscopic inspection) in Kawasaki City last year (from April 1 to March 31)?

1 Yes 2 No															
* To medical	examin	ees: Ple	ase write c	learly i	in the thickly	outlin	ed boxes.			医療機	関コード				
受診年月日	1		令和	年	月		日	診査機	機関名						
一部負担金	Ž.	1. 有	2. 無		一部負担金「2.	無」の場	場合の理由	1. 生保	2. 非課税	2.70歳	以上				
同日実施	□ 特分	定健診	□肺が	i ん	□大腸がん										

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information

canage.										
Full name	Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years old)
Address		ku	, Kav	vasaki City	Tel.					

Please read the following questions carefully and circle the appropriate numbers.

1 No 2 Yes ⇒ (1) Paren			e/aurii ()	
2 Have you ever had one/s		•			
		Intestinal obstruction (4) Stor	mach polyp (5)	Stomach cram	
()	B) Gastrointestinal	disease ()		When did you have it? ⇒ ((year/month))
3 Are you allergic to any m	nedications?			1 No	2 Yes (Medication name:
					(Presence of xylocaine shock: 1 No 2 Yes)
4 Are you currently underg	going treatment f	or any diseases?		1 No	2 Yes (Disease name:)
5 Do you have any of the f	following sympto	ms?		1 No	2 Yes
					Stomach bloating (6) Nausea and vomiting (2) Blackish stool (13) Weight loss
6 Preferences (1)	Smoking	1 I don't smoke	2 I used to	smoke	3 I smoke (About cigarettes per day)
(2)	Alcoholic beverag	es 1 I don't drink	2 I drink (every day / so	ometimes)
7 Have you had an examin	nation of the stom	ach in the past 5 years?	(End	oscopic inspe	ction / barium examination)
1 No 2 Yes ⇒ Previous te	est: Around	(Y/M), Test res	sults: No abnorm	ality / Disease	e name:()
8 Have you ever had a trea	atment for the era	dication of Helicobacter py	lori bacteria?	1 No	2 Yes 3 Not sure
血圧 ~	脈拍		通常径	細径	所 見 区 分(数字を記入する)
一次読影日	年 月	日 医師氏名			1. 所見なし 5. 瘢痕 9. 褪色
A区分	E. 食道	部位区分	所見	診断	2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整
	F. 穹窿部	A B	////	12141	- 3. 陥凹 7. びらん 11. その他
11 4	U. 胃体上部 M. 胃体中部				4. 潰瘍 8. 発赤 ()
T 7	L. 胃体下部				診 断(数字を記入する)
	I. 胃角部				1. 異常なし 9. 胃びらん
	A. 前庭部 B. 球部	ļ	I		2. 癌(疑い含む) 10. 胃粘膜下腫瘍
B区分 1.小弯 2. 前壁	3. 後壁 4. 大弯	偶発症 : あり → 5	川紙記入		3. 胃腺腫 11. 術後胃
生 検: あり なし			7 1/12 V HLI / V		4. ヘリコバクター関連胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘢痕含む)
生検結果: Group (1, 2, 3,		食 十二 判 定:0. i• 指腸	i . ii . iii .	iv. v.	5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん
二次読影日	-				6. 胃潰瘍(瘢痕含む) 14. 食道裂孔ヘルニア
— <u></u>	年 月	. —	Ţ	·	7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎
	_	部位区分 A B	所見	診断	8. 胃ポリープ 16. その他()
					- 判 定 区 分
					0. 読影不能
1 4					O. 就影个能 I. 異常所見を認めない
					Ⅱ.異常所見を認めるが精査を必要としない
			•		Ⅲ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が
					考えられる
五松木の以西山 4 十	o free	alat d→ _ ^	ı II III	187 87	IV. 要精密検査(生検)あるいは要再精密検査(生検)
再検査の必要性 1. 有	2. 無		I. II. III.		V. 悪性病変
	1 所見なし	2 所見あり・精密	検査(生検)不	要	
総合判定	3 要精密検査	(生検) ⇒ 自院で実施	他院を紹介	(医療機関名)
総合刊足	a 要経過額	察(ヶ月)	b 要治療		
	判定医師名				
医師のコメント(· (所見)				
		1			

I have recei	I have received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test.											
	Date:	/ /	Signature of examinee:									
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送	□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送									
備考:												

2019/5/1 2019/5/1 第4号-2様式の3 (胃がん検診・受診者用)

川崎市胃がん検診(内視鏡検査)結果票

受診年月	日 令和	年 月	日	診査機関名	
一部負担	金 1. 有 2. 無	一部負担金「2	. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.70歳以上

同日実施 □ 特定健診 □ 肺がん □ 大腸がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	性別	男・女	生年 月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所	川崎市	区	•			電話					

胃がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 所見なし

今回の検診では異常は認められません。

今後も定期的に検診を受けてください。

また、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2. 所見あり・精密検査(生検)不要

今回の検診結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。 今後、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

今回の検診結果では、生検又は胃内視鏡の再検査により、さらに詳しい検査を受ける必要があります。 『胃がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』等を持参の上、ただちに下記 で指定された医療機関で精密検査を受けてください。

今回の検診で精密検査(生検)も同時に行った場合については、今回受診された医療機関から説明を 受けてください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

今回の検診結果では、経過観察の必要があります。『胃がん検診結果票』『健康保険証』を持参の上、今回 受診した医療機関で受診してください。

今回の検診結果では、治療が必要となります。『胃がん検診結果票』『健康保険証』等を持参の上、ただちに 適切な医療機関で受診してください。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意)胃がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。 また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。
- ※ 胃がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。今後もご自身の健康を守るため、 定期的に検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

*厚生労働省が市町村で行うがん検診の内容等について定める「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、胃がん検診に ついて、50歳以上の方を対象に2年に1回行うことが推奨されています。 ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の方を対象に年1回実施しても差し支えないこととされています。

	1		
	1 所見なし・精	密検査不要	2 所見あり・精密検査(生検)不要
総合判定	3 要精密検査(生検) ⇒ 自院で実施	・ 他院を紹介(医療機関名)
松古刊是	a 要経過観察	(ヶ月)	b 要治療
	判定医師名		
医師のコメント	(所見)		

検診結果につい	いて、説明・指導を受け	ました。	令和	年	月	日	受診者署名
医師記載欄	来院しないので	□結	果を郵送	<u></u>	口医	師が本	人に電話説明した後、結果を郵送
備考:							

第4号-2様式の3 (胃がん検診・受診者用)

Kawasaki City Stomach Cancer Screening Test (Endoscopic Inspection) Results Sheet

受診年月日	令和	令和 年 月 日 診査機関名			
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金	☆「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3. 70歳以上
同日宝協 □	性定健診 □ 肺:	がムーロナ	退 が ん		

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage

Full name	Kata kana		Gender	Male/ Female	Date of birth	year	month	date	(years ol
Address		ku,	Kaw	vasaki City	Tel.					

Notification of Stomach Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. No findinas.

No abnormalities were found in this medical checkup.

Please continue to have a cancer screening test regularly.

If you have any subjective symptoms, please see a doctor at your nearest medical institution.

2. Findings confirmed/thorough examination (biopsy) is not needed.

According to the results of this screening test, it is not necessary to carry out further examination for the moment.

If you have any subjective symptoms in the future, please see a doctor at your nearest medical facility.

3. Thorough examination is needed (biopsy).

According to the results of this screening test, it is necessary for you to undergo further examination through biopsy or gastrofiberscopy. Please visit the following medical institute with this Stomach Cancer Screening Test Results Sheet, the Referral Form, the Thorough Examination Results Report, and your health insurance card, and undergo thorough examination immediately.

If you received a thorough examination (biopsy) at the same time as your screening test, please receive an explanation from the medical

The results of the thorough examination will be shared with Kawasaki City and related medical institutions.

a. Follow-up is needed.

According to the results of this screening test, it is necessary for you to have a follow-up examination. Please visit the medical institute you visited with your Stomach Cancer Screening Test Results Sheet and health insurance card, and see doctor.

According to the results of this screening test, it is necessary for you to receive treatment. Please visit the medical institute you visited with your Stomach Cancer Screening Test Results Sheet and health insurance card, and see doctor.

> Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

Note: Stomach cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening. In addition, there are also cases in which the test result is "Positive" even when cancer is not present

- * If you have any questions, please contact the medical institution you visited.
- * Stomach cancer remains one of the major causes of cancer deaths in Japan.
- In order to continue to protect your own health, please have a cancer screening test regularly.
- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.

* According to the Guideline for Conducting Cancer Prevention Priority Health Education and Cancer Screenings, which stipulates the contents of cancer screening conducted by the Ministry of Health, Labour and Welfare in municipalities, it is recommended that stomach cancer screening tests should be conducted for people aged 50 and over at least every 2 years. However, for the time being, there is no objection to conducting stomach X-ray examinations once a year for people aged 40 and over.

	1 No findings/Thorough examinati	ion not needed	2 Findings confirm/Thorough examination not needed					
Comprehensive	3 Thorough examination (biopsy) needed ⇒ Conducted at your own hospital / Referred to another hospital (Name of medical institute:							
diagnosis	a Follow-up needed (for	months)	b Treatment needed					
	Name of diagnosing doctor							
Doctor's comm	nents (findings)							

I have received	d an explanation/guidan	ice regarding the i	results of the cancer screening test.	
	Date:	/ /	Signature of examinee:	
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送	□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	<u>.</u>
備考:				

2019/5/1 2019/5/1 第4号様式 (子宮頸がん検診・市提出用)

川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票

※市記入欄	

※ 昨年度(4月1日~3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

<u>//\ - \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \</u>	(· / / · / · / · / · / · / · / · / · /	7.11mg.11s.02 3 12 12	うちなられていること	270 0 . 10.0	= 0 0 %
受診年月日	令和	年 月	日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「	2. 無」の場合の理由	1. 生保	2. 非課税 3. 70歳以上 4. 無料クーポン
同日実施	□特定健診 □肺が	ぶん □大腸がん	□胃がん		

受診される方の個人情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません

文的でものが、シ個人情報で伝わり、利用文音を、ガイ	The second provided the second of the second	0)) &) 0	四、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八、八	n mar o d c c t a c y y	- St C700
漢字 氏名	カナ 氏名	生年 月日	明・大・昭・年	•	歳)
住 所 川崎市 区		電話			
問 診 (次の質問をよく読んで、該当する	番号を「〇」で囲み、お答えください。)				
7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがあ	1 ない 2 ある (病名 1 ない 2 ある (病名 1 ない 2 ある (病名 部の円錐切除術 (3)子宮摘出 (4)現在、子宮頸部の る人はいますか 1 ない 2 ある [子宮・ マモン剤 (ピル等)を使用していますか 1 いい 1 ない 2 ある (か 1 ない 2 ある 、茶色) (3)下腹部の痛み (4)その他(の異形成や	もがん 乳がん 誰が)
1 ない 2 ある (前回 年 月頃 1子	宮頸がん 2 子宮体がん 検査結果 異常なし/	病名()]	

臨床	所見	∄ 1.	異常	常なし	2.	子宮	腟部びらん		3. 腟炎		4. 頸管	テポリー	・プ				
		5.	子宫	宮筋腫	6.	付属	器腫瘍:左•	·右	7. 悪性の類	ě۷١	8. その	他())	
=	ルカ	ピスコピー	-	1.	#	2.	有								\		
	検体	の種類		1. 1	逆来法	2.	液状検体法	Ė	採取方法		1. サイトピッ	ク®	2. ブラシ	3. ヘラ	4	1. その他()
	1	適正		1. NILN	1(陰性)											
		判定可能)		2. ASC	-US(軽度病	変疑い)		3. ASC-H(高度病変疑い)					LSIL (HP	V感	染•軽度異形成)	
	0	~ \#		5. HSII	(中等層	度異形!	成•高度異形	が成・上皮 P	内癌)				6. 3	SCC(扁平	上皮	(癌)	
細胞		不適正 判定不可能	,	7. AGC(腺異形成・腺癌疑い)					8. AIS	上皮	内腺癌)		9	Adenoca	rcino	ma(腺癌)	
肥診	(1	PIACTITIE,	,	10. Othe	r(その	他の悪	性腫瘍)										
報告		包診診断	1.	異常力	よし	2.	要精密検	查 3	3. 細胞診再	検査	を要す(塗	抹不良	・ 固定	下良 ・ 村	票本码	破損)	
	γП													サ	MD		
	ント													ーーイン	СТ		
	ń	細胞診検	查年	月日						ń	田胞診検査を	機関名		•			
	1.	精密検	査	不要													
	2.	子宮頸	がん	v要精密	食査	\Rightarrow $\not\models$	院で実施	 他院 	を紹介 (医療	機関	名)	
総合		(1) 直	らり	こコルポ彰	及び約	且織診	(2)	HPVによ	るトリア <u>ージ</u>	(3) 6か月後、	、あるい	いは()か	月後の約	田胞診	^	
判	3.	要精密	検3	査(子宮頸	がんじ	(外)	-		→ ア. §	頁管才	リープ・	イ. 子	宮筋腫 ・	ウ. た	属器	腫瘍:左・右	
定	4.	要細胞	診	再検査 (細胞診	:不適〕	Eにつき再	検査)	工	その他	.()	
	[医師サイン	,						検診区分	1	頸がん	2	頸がん+	体がん	3	頸がん+体 (採取不能	
[医師	のコメント							•	•							
検診	結	果につい	τ.	説明·指導	草を受	けまし	た。令和	和 年	月	日		受診	者署名				
医颌	F=34	載欄	늀爬	<u> </u>	で	口幺	ままを郵送		医師が本人	- 雷=	手計明! 七丝	Σ £± Ε	目左郵送				
ᅜᄞ	は記り		不的	むしないり		山市	不で判込	П	で 明ル, 本 人	∼甩昂	ロボりひし/こ18	ス、小ロラ	トで判込				
	川チ	J .														R	1.5.1

第4号様式 (子宮頸がん検診・市提出用)

1 Recent menstruation (for days from year/

2 Pregnancy: () times Childbirth () times

5 Have you ever had a non-gynecological disease? 1 No 2 Yes (Disease name:

name

Address

Kawasaki City Cervical Cancer Screening Test Application Form/Record Sheet

※市記入欄	

(years

year month date

) years of age

(year/month))

birth

Tel.

ku, Kawasaki City

3 Recent pregnancy: At (

, around

* Did you have a uterus cancer screening test in Kawasaki City last year (from April 1 to March 31)?	1 Vac	2 No.

Kata

kana

4 Have you ever received the HPV vaccine (former name: cervix cancer prevention vaccine)? 1 No 2 Yes 3 Not sure

,			3		., ,	 		
受診年月日		令和	年	月	目	診査機関名		
一部負担金	1. 有	2. 無	_	部負担金「2	. 無」の場合の理由	1. 生保 2	2. 非課税 3. 70歳以上	4. 無料クーポン
同日実施	□特定健診	□肺がん	□大腸がん	, □胃;	がん			

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage.

Please read the following questions carefully and circle the appropriate answers.

month date) / Menopause: At () years of age

6	Have you ever had	a gynecological disease?	1 No 2 Yes (Dis	sease name:		, ar	ound	(year/month))		
7	(1) History of central (4) Currently und Do you have any fa	wing items apply to you? vical cancer (invasive cancer follow-up examination of mily members who have have have cervical cancer / ovarian of	lue to dysplasia of uterinad gynecological cance	ne cervix and er?	abnormal cy	•				
8	Smoking history 1		u use female hormones		,	2 Yes ()		
1	0 ,	d an intrauterine contracep		1 N		es ()		
11	Do you have one or	any of the following symp	toms within the last 6 m	nonths?		1 No	2 Yes	,		
	(1) Bleeding other to	han the time of menstruation	on (2) Vaginal disch	narge (pink, bi	rown) (3	Pain in the lower	abdomen	(4) Other ()	
12	Have you had an ut	erus cancer screening test	in the past 5 years?							
(Previous test: Around	(Y/M),			.)				
l	1 Cervical cancer	2 Uterine body cancer Tes	st results: No abnormali	ity / Disease r	name ()]				
臨床	所見 1. 異常	なし 2. 子	宮腟部びらん	3. 腟	炎	4. 頸管	ぎポリープ			
	5. 子宮	活筋腫 6. 付	·属器腫瘍:左·右	7. 悪	生の疑い	8. その)他()	()
	コルポスコピー	1. 無 2.	 . 有	7						
	検体の種類	1. 従来法	2. 液状検体法	採取方	法	1. サイトピッ	ク® 2.	ブラシ 3. ヘラ	4. その他()
細胞診	1. 適 正 (判定可能) 2. 不適正 (判定不可能)	7. AGC (腺異形成・ 10. Other (その他の)	形成・高度異形成・上皮内 腺癌疑い) 悪性腫瘍)	N癌) 8	. AIS(上皮r			6. SCC(扁平 9. Adenoca	V感染·軽度異 上皮癌) cinoma(腺癌)	
報告	1	異常なし 2. 要	P.精密検査 3. 糾	⊞胞診再検査	を要す(塗	抹不良 ・ 固定	不良 ・ 樗			
"	٦ ٧									
	ント							ک		
	細胞診検査	年月日				細胞診検査機	関名			
	1. 精密検査不	要			•			•		
	2. 子宮頸がん	要精密検査 ⇒ 自院で	で実施・ 他院を紹介	(医療機関	名)		
総	(1) 直ちに	コルポ診及び組織診	(2) HPVによるトリア	ージ (3)	6か月後、	あるいは()か	月後の細胞	泡診		
合判	3. 要精密検査	(子宮頸がん以外)	-	 >	ア.頸管ポ	Jープ ・ イ	子宮筋腫	ウ. 付属器腫瘍	:左 · 右	
定	4. 要細胞診再	検査(細胞診不適正に~	つき再検査)		エ.その他	()		
	医師サイン			検診	区分 1	頸がん	2	頸がん+体がん		がん+体がん (採取不能)
	医師のコメント					1				
I hav	ve received an exp	ı planation/guidance rega	rding the results of th	ne cancer so	reening tes	t.				
	Date:	/ /	3							
医師		記ないので	口結果を郵送	□医師がえ	本人に電話	説明した後、結果	を郵送			
	備考:									2019/5/1
										2019/0/1

第4号様式の3(子宮頸がん検診・受診者用)

川崎市子宮頸がん検診結果票

※ 昨年度(4月1日~3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

受診年月日	令和	年 月 日	診査機関名
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上 4. 無料クーポン
同日実施	□特定健診 □肺がん	□大腸がん □胃がん	

受診される方の個人情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字		カナ	生年	明·大·昭·平
氏名		氏名	月日	年 月 日(歳)
住所	川崎市		電話	

子宮頸がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 異常なし

今回の検診結果では、異常は認められませんでした。今後も2年に1回、定期的に子宮頸がん検診を お受けください。なお、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

2. 子宮頸がん要精密検査

今回の検診結果では、○印の精密検査が必要ですので、医療機関で受けてください。

- (1) 直ちにコルポ診及び組織診を受けてください。※拡大鏡で観察する検査
- (2) 直ちにHPV検査を受けてください。
- (3) 経過観察の必要がありますので、6か月後、あるいは()か月後に細胞診による精密検査を 受けてください。

精密検査には『子宮頸がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』を持参して

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

3. 要精密検査 (子宮頸がん以外)

今回の検診結果では、その他の病気が疑われます。

詳しい検査を行う必要がありますので、『子宮頸がん検診結果票』『健康保険証』を持参のうえ、 希望される医療機関で受診してください。

4. 細胞診不適正につき再検査

今回の検診結果では、種々の要因で判定が困難でありました。『健康保険証』を持参の上、希望される

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意)子宮頸がん検診は、死亡率及び罹患率の減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。

また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

- ※ 子宮頸がんの罹患は、わが国の女性のがんの中で比較的多く、また近年増加傾向にあります。
 - 今後もご自身の健康を守るために、2年に1回、定期的に検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。
- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

	1.	精密検査不要	安											
総	2.	子宮頸がん要	要精密検査 =	פ精密検査 ⇒ 自院で実施・ 他院を紹介 (医療機関名)										
合判	3. 要精密検査(子宮頸がん以外)													
定 4. 要細胞診再検査 (細胞診不適正につき再検査)														
医師サイン 検診区分 1 頸がん							2	頸がん+体がん	3	頸がん+体がん (採取不能)				
医	師の:	コメント												
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名														
	医師記載欄 来院しないので 口結果を郵送 口医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 備考:													
													2010/5/1	

第4号様式の3(子宮頸がん検診・受診者用)

Kawasaki City Cervical Cancer Screening Test Results Sheet

* Did you have a uterus cancer screening test in Kawasaki City last year (from April 1 to March 31)? 1 Yes 2 No

				<u> </u>						
受診年月日		令和	年	月 日		診査機関名				
一部負担金	1. 有 2	2. 無	一部負	担金「2. 無」の場合	か理由	1. 生保	2. 非課税 :	3. 70歳以上	4. 無料クーポン	
同日実施	□特 定 健 診	□肺がん	□大腸がん	□胃がん						

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage.

Full name	Kata kana		Date of birth	year	month	date (years old)
Address		ku, Kawasaki City	Tel.			

Notification of Cervical Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. No apparent abnormalities.

No abnormalities were found in this screening test. Please continue to take a cervical cancer screening test once every two years. If you have any subjective symptoms, please see a doctor at your near medical institution.

2. Thorough examination for cervical cancer is needed.

According to the results of this screening test, it is necessary for you to receive the thorough examination marked with a circle below.

- (1) Please have a colposcopic examination* and a tissue examination immediately.
- *An examination for observation with a magnifying viewer
- (2) Please have an HPV test immediately.
- (3) Since it is necessary for you to take a follow-up examination, please have a thorough examination by cytology in 6 months or in () months.

When you visit a hospital for the thorough examination, please sure to bring your Cervical Cancer Screening Test Results Sheet, Referral Form,

Thorough Examination Results Report, and your health insurance card.

The results of the thorough examination will be shared with Kawasaki City and related medical institutions.

3. Thorough examination is needed (other than cervical cancer).

According to the results of this screening test, you are suspected of having another disease.

Since it is necessary to carry out further examination, please visit the medical institute of your choice with

your Cervical Cancer Screening Test Results Sheet and health insurance card, and immediately see doctor.

4. Re-examination is needed due to unsatisfactory specimen for cytodiagnosis.

Due to various factors, it was difficult make an evaluation based on the results of this examination. Please visit the medical institute of your choice with your health insurance card, and see a doctor.

> Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

Note: Cervical cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening. In addition, there are also cases in which the test result is "Positive" even when cancer is not present.

* The incidence of cervical cancer is relatively high among women's cancers in Japan, having shown an increasing trend in recent years.

In order to continue to protect your own health, please have a medical checkup once every two years.

- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.
- * If you have any questions, please contact the medical institution you visited.

	Thorough examination not needed											
Ð.	Thorough examination for cervical can		al (Name of me	dical	institute:))				
ensiv sis	(1) Have a colposcopic examination and a tissue examination immediately (2) HPV triage (3) Cytology in 6 months or in () months											
(1) Have a colposcopic examination and a tissue examination immediately (2) HPV triage (3) Cytology in 6 months or in () month or in () mont								erine	fibroid			
Comprehensive diagnosis	Re-examination of cytodiagnosis need	c Adnexa tumor: Left/Right	d Other ()									
	Signature of the medical doctor		Screening category	1	1 Cervical cancer	2	Cervical cancer + urine body cancer	3	Cervica cancer + urine body cancer (collection impossible)			
	Doctor's comments											
I have re	ceived an explanation/guidance regar Date: /	•	ancer screening of examinee:	ng tes	st.							
医師記載		果を郵送 口圏	師が本人に電	話説	明した後、結果を郵	隧						
備考	; :								2019/5/1			

第4-2号様式 (子宮体がん検診・市提出用)

川崎市子宮体がん検診申込書・記録票

受診療	年月日	令和	年 月	Ħ	診査機関名				
一部生	負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2	. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.	70歳以上		
漢字 氏名			力 氏			生年 月日	明·大·昭·平 年 月	日 (歳)	

下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け(疼痛や出血を伴う等)、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。

なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

体がん 該当項目	体がん検診を実施する場合、該当する項目にOをつけて下さい。 (ア)最近6か月以内に不正性器出血(一過性の少量の出血、閉経後出血等)の症状があった。 (イ)最近6か月以内に月経異常 (過多月経、不規則月経)の症状があった。 (ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。 (エ)その他医師が必要と認めた場合	
問診	女性ホルモン剤(ピル等)を使用していますか 1 いいえ 2 はい()
同意書	私は、子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検診を受診することに同意します。 年 月 日 <u>受診者氏名自署</u>	

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

臨月	末所見 1. 異常な	まし 2. 子宮腟部びらん	3. 萎縮性腟炎	4. 頸管ポリープ	
	5. 子宮館	游腫 6. 付属器腫瘍:左	ミ・右 7. その他()	
	体部採取方法 :	1 吸 引 2 擦	過 3 採取不能		

	顕征	微鏡所見	表層細胞			中層細胞()	深層細胞(頸管腺細胞()	内	関腺細	胞()
			赤血球	()	白血球()	組織球()	間質細胞()				
	和	⊞胞所見	1. 異常	を認めて	F 2	2. 修復細胞		3. 内膜増殖症		4. 異型内膜増殖症					
	ηш	INGIN 96	5. 内膜原	腺癌	(6. その他									
細胞診		結果	(1) 陰	性		(2) 疑陽	性	(3) 陽	性	(4) 判定	三不能				
診	細別	胞診診断		1	異常な	し 2	要	特密検査 3	細月	抱診再検査を要す	(塗抹不	良・固治	定不良	· 核	票本破損)
報告														MD	
	ュメ												サ イ	IVID	
	ント												5	СТ	
														CI	
		細胞診検	查年月日							細胞診検査機関	名				

総	1	. 正常範	囲		:	2. 経過額	察		3.	要再検査	
合 判 定	4	l. 要精密核	資査 →	自院で実施	他院を約	召介(医療機	関名)	5.	判定困難	
定	医師サイン										
医	師のコメント										
検診結果	とについて、説明	指導を受ける	ました。そ	分和 年	月	日	受診者署名				
医師記載	は欄 来院し	ないので	□結果	を郵送	□医師が	本人に電話	説明した後、結果を	郵送			
備考	†:										

第4-2号様式 (子宮体がん検診・市提出用)

Kawasaki City Uterine Body Cancer Screening Test Application Form/Record Sheet

受診療	年月日	令和	年	月	Ħ	診査機関名						
一部生	負担金	1. 有 2. 無	一部負	担金「2. 無	の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.7	70歳以.	Ŀ			
Full name				Kata kana			Date of birth	year	month	date	(years old

If you fall under one or any of the items for uterine body cancer outlined below, it is recommended that you should visit a medical institute that can conduct various examinations under sufficiently controlled conditions at your first-line choice.

However, even if you fall under one or more of the items, only when you agree to continue to receive cytodiagnosis of the uterine body after receiving an explanation regarding the cytology of the uterine body and associated pain and bleeding, etc. will it be possible to receive cytodiagnosis of the uterine body after cervical cancer screening.

However, in case a patient is a nullipara or has experience of Caesarean delivery only, it might be difficult to perform cytodiagnosis due to closure of the opening of uterus, etc.

Items for for uterine body		cal genital bleeding, such as a transient small amount of bleeding or postmenopausal bleeding. struation abnormalities such as hypermenorrhea or irregular menstruation.
Medical interview	Do you use female hormones (pills etc.)? 1 No	2 Yes ()
0	I agree to undergo a uterine body cancer screenir	ng test, in addition to a cervical cancer screening test.
Consent form	(date)	Signature of examinee:

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage

IIIIOI	illiation leakage.				
臨月	ド所見 1. 異常なし	2. 子宮腟部びらん	3. 萎縮性腟炎	4. 頸管ポリープ	
	5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. その他()	
	体部採取方法 :	1 吸 引 2 擦 過	3 採取不能		

	8五分	微鏡所見	表層細胞	()	中層細胞	() 深層細	胞()	頸管腺細胞()		内膜腺細	胞()	
	业共1	双鲵川兄	赤血球	()	白血球(組織:	球 ()	間質細胞()					
	ź.n	胞所見	1. 異常を	認めす	 	2. 修復細胞	包	3. 内膜增殖	症		4. 異型内膜増殖症	Ë					
	小口	INCIN JC	5. 内膜腺	融癌		6. その他											
細		結果	(1) 陰	性		(2) 疑[易性	(3)	陽	性	(4) 判定	它不能					
細胞診報告	細原	胞診診断		1	異常	なし	2	要精密検査	3	細胞	診再検査を要す	(塗抹	不良・	固定不良	· 1	票本破損)	
報告	コメント													サイン	MD CT		
		l 細胞診検	査年月日								細胞診検査機関	名			<u> </u>		_

総	1.	正常範	囲	2.	経過観察			3.	要再検査	
合判	4.	要精密検	査 ⇒ 自院で実施	他院を紹介	个(医療機関名)	5.	判定困難	
定	医師サイン									
医	師のコメント									
I have	received an expl	anation/guida Date:	ance regarding the re		ncer screening test. ature of examinee:					
医師記載 備考		いので	□結果を郵送	□医師が本	人に電話説明した後、	、結果を郵送				
		•				•			•	

2019/5/1 2019/5/1

第4-2号様式の3 (子宮体がん検診・受診者用)

川崎市子宮体がん検診結果票

受診生	年月日	令和	年	月	日	診査機関名					
一部負	負担金	1. 有 2. 無	一部負担	金「2. 無」の場	場合の理由	1. 生保 2. 非	課税	3.70歳以上	:		
漢字 氏名				カナ氏名			生年 月日	明·大· 年	昭 • ¤ 月	月 (歳)

下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け(疼痛や出血を伴う等)、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。

なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

体がん 該当項目	体がん検診を実施する場合、該当する項目にOをつけて下さい。 (ア)最近6か月以内に不正性器出血(一過性の少量の出血、閉経後出血等)の症状があった。 (イ)最近6か月以内に月経異常 (過多月経、不規則月経)の症状があった。 (ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。 (エ)その他医師が必要と認めた場合		
問診	女性ホルモン剤(ピル等)を使用していますか 1 いいえ 2 はい()	
同意書	私は、子宮頸がん検診と併せて、子宮体がん検診を受診することに同意します。 年 月 日 <u>受診者氏名自署</u>		

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

子宮体がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 異常なし

今回の検診では、異常は認められませんでした。 なお、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

2. 経過観察

今回の検診結果では、経過観察の必要があります。

(3、6、12)か月後に『子宮体がん検診結果票』『健康保険証』を持参の上、今回受診した医療機関で受診してください。

3. 要再検査

今回の検診結果では、再検査の必要があります。

『子宮体がん検診結果票』『健康保険証』を持参のうえ、ただちに適切な医療機関で受診してください。

4. 要精密検査

・・女情面は量 今回の検診結果では、精密検査の必要があります。

『子宮体がん検診結果票』『精密検査結果報告書』『健康保険証』を持参のうえ、ただちに下記の医療機関で受診してください。

5. 判定困難

今回の検診結果では、種々の要因で判定が困難でありました。

『健康保険証』を持参の上、希望される医療機関で再度受診してください。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

- ※ 今後もご自身の健康を守るために、定期的に検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。
- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

4/3	1. 正	常範囲			2. 剎	圣過観	察		3.	要再検査	
総合判定	4. 要	精密検査	⇒ 自院で実施	· 他院	を紹介(医療機関	月名)	5.	判定困難	
正	医師サイン										
医的	师のコメント										
検診結り	果について、説明	月・指導を受	けました。 令和	年	月	日	受診者署名				
医師記載備表		ないので	口結果を郵送	□医	師が本人	人に電話	説明した後、結果を	郵送			

Kawasaki City Uterine Body Cancer Screening Test Results Sheet

受診生	 手月日	令和	年	月	Ħ	診査機関名						
一部負	負担金	1. 有 2. 無	一部負	担金「2. 無」	」の場合の理由	1. 生保 2. 非課	税 3.7	70歳以.	Ŀ			
Full name				Kata kana			Date of birth	year	month	date	(years old)

If you fall under one or any of the items for uterine body cancer outlined below, it is recommended that you should visit a medical institute that can conduct various examinations under sufficiently controlled conditions at your first-line choice.

However, even if you fall under one or more of the items, only when you agree to continue to receive cytodiagnosis of the uterine body after receiving an explanation regarding the cytology of the uterine body and associated pain and bleeding, etc. will it be possible to receive cytodiagnosis of the uterine body after cervical cancer screening.

However, in case a patient is a nullipara or has experience of Caesarean delivery only, it might be difficult to perform cytodiagnosis due to closure of the opening of uterus, etc.

Items for for uterine body	If you have received a uterine body cancer screening, please circle (a) Within the last 6 months, you had symptoms of atypical genital bleeding, (b) Within the last 6 months, you had symptoms of menstruation abnormaliti (c) Within the last 6 months, you had symptoms of brownish discharge. (d) Other cases when deemed necessary by the doctor	such as a transient small amount of bleeding or postmenopausal bleeding.
Medical interview	Do you use female hormones (pills etc.)? 1 No 2 Yes ()
0	I agree to undergo a uterine body cancer screening test, in addition	to a cervical cancer screening test.
Consent form	(date)	Signature of examinee:

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage.

Notification of Uterine Body Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. No findings.

No abnormalities were found in this medical checkup.

If you have any subjective symptoms, please see a doctor at your nearest medical institution.

2. Follow-up

According to the results of this screening test, it is necessary for you to take a follow-up examination. Please visit the medical institute you visited with your Uterine Body Cancer Screening Results Sheet and health insurance card in (3, 6, or 12) months.

3. Re-examination is needed.

According to the results of this screening test, it is necessary for you to take a re-examination.

Please visit an appropriate medical institute with your Uterine Body Cancer Screening Results Sheet and health insurance card immediately, and see a doctor.

4. Thorough examination needed

According to the results of this screening test, it is necessary for you to take a thorough examination.

Please visit an appropriate medical institute with your Uterine Body Cancer Screening Results Sheet, Thorough Examination Results Report, and health insurance card immediately, and see a doctor.

5. Difficult to evaluate

Due to various factors, it was difficult to evaluate based on the results of this examination.

Please visit the medical institute of your choice with your health insurance card and see a doctor again.

Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

- * Please continue to have a cancer screening test regularly.
- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.
- * If you have any questions, please contact the medical institution you visited.

Comprehensive	Normal range	2. Follow-up	3. Re-examination needed	
	4. Thorough examination ne	eeded ⇒ Conducted at your own	n hospital / Referred to another hospital (Name of medical institute:	:)
	5. Difficult to evaluate			
	Signature of the medical doctor			
Doctor's	comments (findings)			
I have rec	eived an explanation/g	uidance regarding the res	sults of the cancer screening test.	
	Dat	e: / /	Signature of examinee:	
医師記載欄	来院しないので	口結果を郵送	□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:				

第4号様式 (乳がん検診)

川崎市乳がん検診申込書・記録票

※ 昨年度、川崎市の乳がん検診を受診しましたか。 1. はい 2. いいえ

受診年月日	令和	年 月 日	診査機関名
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上 4. 無料クーポン

同日実施 □ 特定健診 □ 肺 が ん □ 大腸がん □ 胃 が ん □ 子宮がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	生年 月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
住所	川崎市	区		電話						

次の質問をよく読んで、該当する番号を「〇」で囲み、お答えください。

1. 既往歴及び家族歴		
(1) 乳がん検診を受けたことがありますか	1. 初めて 2. 受け	た事がある (前回 年 月頃)
(2) 乳房の病気をしたことがありますか	1. ない 2. ある	(歳の時:病名)
(3) 家族(血族)に「乳がん」の人がいましたか	1. いない 2. いる	(続柄)
2. 月経及び妊娠等に関すること		
(1) 閉経について	1. 閉経前 2. 閉経	後(歳の時に閉経)
閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか	(月 日から	日間)
(2) 妊娠・出産をしたことはありますか	1. ない 2. ある	(妊娠 回・分娩 回)
3. 現在の症状		
(1) 乳房の自己検診をしていますか	1. していない 2. してい	いる (年くらい前から)
(2) 乳房に痛みがありますか	1. ない 2. ある	(右・左)
(3) 乳房にしこりがありますか	1. ない 2. ある	(右・左)
(4) 乳房・乳頭の変形がありますか	1. ない 2. ある	(右·左)
(5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか	1. ない 2. ある	(右・左)

第4号様式 (乳がん検診)

Kawasaki City Breast Cancer Screening Test Application Form/Record Sheet

* Did you have a breast cancer screening test in Kawasaki City last year? 1. Yes 2. No

受診年月日	令和	年 月	目	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「	2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税	2 3.70歳以上 4. 無料クーポン
同日実施	□ 特定健診 □ 肺 が	ん 口 大腸がん	√ □ 胃がん □子	宮がん	

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information

Full name	Kata kana		Date of birth	year	month	date	(years old)
Address		ku, Kawasaki City	Tel.					

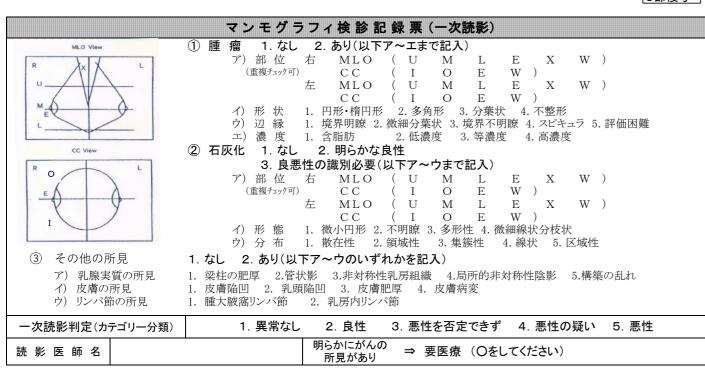
Please read the following questions carefully and circle the appropriate answers.

Medical history and family history					
(1) Have you ever had a breast cancer screening test before?	1. This is the first time	2. Yes, I have (Previo	ous test: Around ((year/month))	
(2) Have you ever had a breast disease?	1. No	2. Yes (At the age of years	s old Disease name:)
(3) Has anyone related to you by blood ever developed breast cancer?	1. No	2.Yes (Relationship:)	
2. Matters relating to menstruation and pregnancy					ļ
(1) Menopause	1.Before menopause	2. After menopause (Menopause occurre	ed at the age of)	
Questions for a premenopausal woman: When was you	r most recent menstruat	tion? (for	days from	month/	date)
(2) Have you ever experienced pregnancy/childbirth?	1. No	2. Yes (Pregnancy:	times/Delivery:	times)	
3. Current symptoms					
(1) Do you carry out a breast self-examination?	1. No	2. Yes (Since about	years ago)	1	
(2) Do you have pain in your breasts?	1. No	2. Yes (Right / Left)			
(3) Do you have a lump in the breast?	1. No	2. Yes (Right / Left)			
(4) 4 Do you have breast/nipple deformation?	1. No	2. Yes (Right / Left)			
(5) Do you have problems such as bleeding, breast fluid or effusion from the nipple?	1. No	2. Yes (Right / Left)			

2019/5/1

MLO View

E X W





検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので 口結果を郵送 口医師が本人に電話説明した後、結果を郵送



来院しないので 口結果を郵送 口医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)

ア) 部位 右 MLO (U M L E X W)

MLO (UML

CC (IOEW)

① 腫 瘤 1. なし 2. あり(以下ア~エまで記入)

(重複チェック可)

第4号様式の3 (乳がん検診)

川崎市乳がん検診結果票

受診年月日	令和	年 月	日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金	2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3	3.70歳以上 4. 無料クーポン

同日実施 □ 特定健診 □ 肺 が ん □ 大腸がん □ 胃 が ん □ 子宮がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字 氏名			カナ 氏名	生年 月日	明・大・昭	年	月	日 (歳)
住所	川崎市	区		電話					

乳がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 精検不要

今回の検診結果では、詳しい検査を行う必要はありません。

今後も、2年に1回、定期的に検診を受けてください。

ただし、マンモグラフィですべての乳がんを発見することはできません。乳房にしこりなど気になるところが

ありましたら、次回の検診を待たずに精密検査を受けてください。

また、乳房の構成が「不均一高濃度」、「極めて高濃度」の方は、他の人と比べて乳がんが分かりにくい傾向 にあります。この結果票の右側に「乳房の構成」欄がありますので、「不均一高濃度」や「極めて高濃度」に 〇印がついていないかご確認ください。

2. 要精密検査

今回の検診結果では、さらに詳しい検査を行う必要があります。

※精密検査は、マンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診(注射器で吸い出した細胞を

顕微鏡で観察する検査)や針生検(患部の一部を切り取る組織診)等により、行う必要があります。

『乳がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』を持参のうえ、ただちに右側下

欄の「精密検査実施医療機関」で受診してください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意)乳がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つられるわけ ではありません。また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる 場合があります。

- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。
- ※ 乳がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。

今後もご自身の健康を守るために、2年に1回、定期的に検診をお受けください。

- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。
- ※ また、別添のパンフレットを見ながら乳がんの自己触診を行ってください。

第4号様式の3 (乳がん検診)

Kawasaki City Breast Cancer Screening Test Results Sheet

受診年月日	令和	年 月 日	診査機関名
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上 4. 無料クーポン

同日実施 □ 特定健診 □ 肺 が ん □ 大腸がん □ 胃 が ん □ 子宮がん

Your medical checkup information may be used for the purpose of accuracy control of cancer screening, cancer research, etc. Individual examination information is strictly controlled to prevent information leakage.

Full name	Kata kana		Date of birth	year	month	date	(years ol	d)
Address		ku, Kawasaki City	Tel.						

Notification of Breast Cancer Screening Test Results

This is to notify you of your screening test results. Items applicable to you are circled.

1. Thorough examination is not needed.

According to the results of this screening test, it is not necessary to carry out further examination.

Please continue to have a regular screening test every 2 years.

However, it is not possible to detect all breast cancers by breast cancer screening with mammography.

If you have any concerns such as a lump in the breast, please have a thorough examination instead of waiting for the next screening test.

In addition, in case the breast composition is "heterogeneously dense" or "extremely dense," it tends to be more difficult to detect cancers than in breasts not having such composition. There is a section for "Breast composition" on the right side of this result she et, so please check to see whether or not "Heterogeneously dense" or "Extremely dense" is circled.

2. Thorough examination is needed.

According to the results of this screening test, it is necessary for you to undergo further examinations.

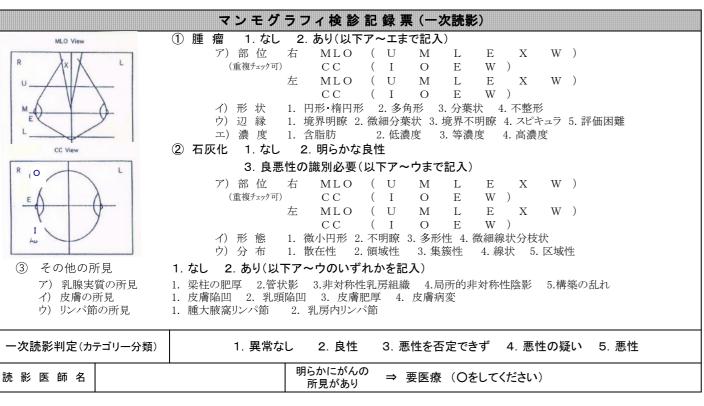
* In the thorough examination, it is necessary to conduct additional mammography, an ultrasound examination, a fine -needle aspiration cytology test, in which cells sucked out with a syringe are observed with a microscope, and a core needle biopsy, a tissue ex amination including the cutting of the affected part.

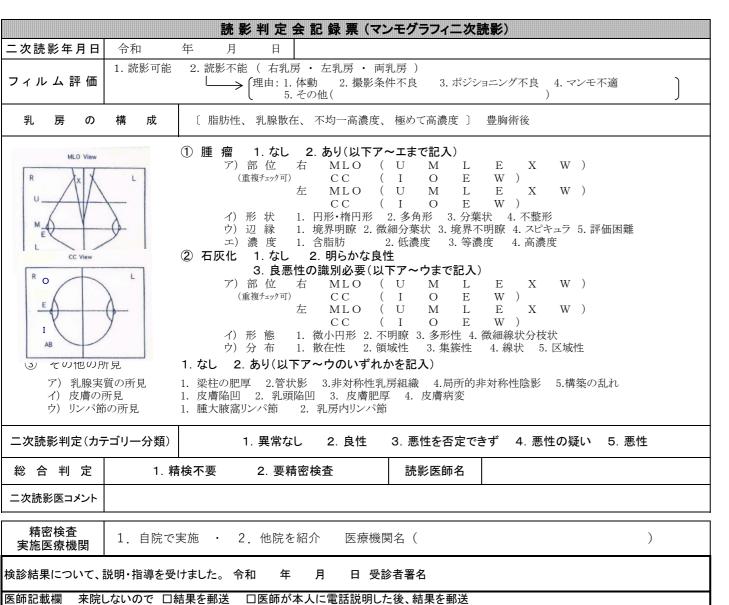
Please visit the medical institute conducting thorough examination listed at the bottom of the right page with your Breast Ca ncer Screening Test Results Sheet, Referral Form, Thorough Examination Results Report and health insurance card immediately, and see a docto r. The results of the thorough examination will be shared with Kawasaki City and related medical institutions.

Since the following medical examinations and consultations are to be covered by health insurance, please be sure to bring your health insurance card.

Note: Breast cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening. In addition, there are also cases in which the test result is "Positive" even when cancer is not present.

- * If you have any questions, please contact the medical institution you visited.
- * Breast cancer remains one of the major causes of cancer deaths in Japan. In order to continue to protect your own health, please have a screening test every 2 years.
- * Please be sure to keep this Screening Test Results Sheet for health management and bring it with you at the next checkup.
- * Also, please conduct a self-palpation for breast cancer while looking at the attached brochure.





Ma	mmography Scree	ning Record Sheet (Primar Image Reading)
MLO View	① Tumor mass	1. No 2. Yes (Complete a-d below)
R L L	a) Part (Overlapping check acceptable)	Right MLO (U M L E X W) CC (I O E W) Left MLO (U M L E X W) CC (I O E W)
E	b) Shape c) Margin d) Density	 Round/Oval Polygonal Lobular Irregular Circumscribed Microlobulated Indistinct Spiculated Obscure High density High density
CC View	② Calcification	1. No 2. Typically benign 3. Necessarily to identify benign or malignant
AB I	a) Part (Overlapping check acceptable) b) Morphology c) Distribution	(Complete a-d below/Complete the items from a to d below) Right MLO (U M L E X W) CC (I O E W) Left MLO (U M L E X W) CC (I O E W) 1. Small round 2. Indistinct 3. Pleomorphic 4. Fine linear or branching 1. Scattered 2. Regional 3. Clustered 4. Linear 5. Segmental
③ Other findings	 No 2. Yes (Cor 	nplete any one of the items from a to c below)
a) Findings in mammary gland parenchyma b) Findings in skin c) Findings in lymph nodes	Focal asymmet	kening 2. Tubular density 3. Asymmetric breast tissue ric density 5. Architectural distortion 2. Nipple retraction 3. Skin thickening 4. Skin lesion r lymph nodes 2. Intramammary lymph nodes
Evaluation at primary image reading (category classification)	No apparent abnormal Suspicious abnormalit	0 0,
Name of the doctor who read images	Presence	e of findings indicating typical malignant cancer ⇒ Medical treatments needed (Mark with a circle)

Ima	age Reading	g Conference Recor	d Sheet (Second Readi	ng of Man	nmograph	y Images)	
Date of sec	cond image read	ing: / /						
Image evaluation	1. Image rea		1. Body move	ossible (Right brea ement 2. Undesirat e for mammography	ble photograp		,	sitioning)
Breast composition		(Almost entirely. Scattere augmentation mammaplast		oroglandular density,	, Heterogeneo	usly dense Ex	tremely dense]	After
R X X M E	<u></u>	a) Part F (Overlapping check acceptable) L b) Shape	I. No 2. Yes Right MLO CC Left MLO CC I. Round/Oval I. Circumscrib	, ,	W) W) 3. Lobular 4. Iri	•	5. Obscure	
CC View	L	2 Calcification		ng 2. Low density 3 1. No 2. Typically bea	3. Equal density nign 3. Neces (Complete	y 4. High den	sity	a to d below)
,I) —	(Overlapping check acceptable) L b) Morphology	CC Left MLO CC	(I O E W) (U M L E X (I O E W) ad 2. Indistinct 3. Plea	W)		ching 5. Segmental	
3 Other findings		1. No 2. Yes (Comp	lete any one o	f the items from a to c	below)			
a) Findings in mami parenchyma b) Findings in skin c) Findings in lymph	, ,	Trabecular thickening Focal asymmetric densit Skin retraction 2. Nipp Swollen axillary lymph n	ty 5. Archited le retraction		ic breast tissue 4. Skin lesio h nodes			
Evaluation at secondary (category classis	/ image reading	No apparent abnormalitie Suspicious abnormality	es 2. B		gnancy can't b	e ruled out		
		camination not needed		Name of the do who read imag				
Comment from second	dary radiologist							
Medical institute condu	icting thorough	Conducted at our hos	nital					

	amination	1		er hospital (Name of medical institute:)	
ave receive	d an explanation/guida Date:	ance regardi /	ng the res	sults of the cancer screening test. Signature of examinee:		
師記載欄	来院しないので 口糸 備者・	結果を郵送	□医師が	が本人に電話説明した後、結果を郵送		

第 4号様式 (骨粗しょう症検診・市提出用)

※市記入欄	

川崎市骨粗しょう症検診 申込書・記録票

□40歳・□45歳・□50歳・□55歳・□60歳・□65歳・□70歳

※ 受診される方へ・太枠の中を強くお書きください

^ X	100 C 4 00	,,,, .	太件07十	. TE(D.	い耳らく	100V.		г							1
診	査 日		令和	年	:	月	目		診査機	と関名					
一部力	部負担金 1. 有 2. 無 (生保・非課税・70歳)														
同日	司 日 実 施 □ 特定健診 □ 肺がん □ 大腸がん □ 胃がん □ 子宮がん □ 乳がん														
漢字 氏名					カナ氏名					女	昭	和	年	月	日生
住所	川崎市	î	区								電話				
		↓該	当数字を〇	で囲んで	ください										
	検	1	DXA			則定									
骨粗	検査方法	2	MD法	•SXA	法等に	よる測定	? () 		
L	法	3	超音波	法によ	にる測定	2									
よう亡	測定	部位()測定	官結身	果数值	()	
	症 検 診 所 見 1. 異常なし 2.							2.	要指導		3. 罗	要精密机	余 查		
判定医								医師名							

第 4号様式 (骨粗しょう症検診・市提出用)

※市記入欄

Kawasaki City Medical Examination for Osteoporosis Application Form/Record Sheet

 \Box 40 years old \Box 45 years old \Box 50 years old \Box 55 years old \Box 60 years old \Box 65 years old \Box 70 years old

	culcar	examine	ees: Pleas	se write clea	arly in the	thickly outline	d boxes.	1				
診 査	i I		令和	年	月	日	診査機関名					
一部負	担金	1. 有	2. 無((生保・非	課税・70点	装)						
同日	実 施	□特	定健診 [□ 肺がん	□大腸が	ぶん □ 胃が	ん 口子宮か	ぶん 🗆	乳がん			
Full name				Kata kana	1		Female	Date of b	oirth: /	/		
Addres s	Ku, Kawasaki City Tel.											
		↓該		・囲んでくださし								
	検 査	1		による腰椎		L /						
骨	査	2	MD法•	SXA法等	による測算	Ĕ ()			
粗し	法	3	超音波流	法による測	定							
よう	測定	部位(告果数値()		
症検診		所	見		. 異常な	L 2.	要指導	3. 舅	要精密検査			

判定医師名

川崎市骨粗しょう症検診 受診結果票

□40歳・□45歳・□50歳・□55歳・□60歳・□65歳・□70歳

							<u> </u>
診	査	日	令和	年	月	日	診査機関名
							D EMMO

漢字 氏名		カナ氏名	女	昭	和	年	月	日生
住所	川崎市			電話				

	検	1	DXA法によ	る腰椎測定					
骨粗しょう症検診	查	2		A法等による測定()			
	方法	3	超音波法に	よる測定					
	測定部位)	測定結果数値()			
		所	見	1. 異常なし	2. 要指導	3. 要精密検査			

あなたの骨は大丈夫ですか?

判定医師名

<骨おり損にならないために>

骨粗しょう症予防のポイント

- 1. 食 事・・カルシウムをしっかりとる。
 - ビタミン類を多く含む食品を積極的に食べる。
- 2. 運 動・・適度な運動を毎日継続する。例)1日30分~1時間歩く。
- 3. 日光浴・・1日30分~1時間程度木陰で日光浴をする。



カルシウムを多く含む食品の例です



まいわし丸干し

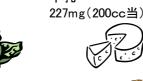
110mg(25g当)

素干しさくらえび ネージン・-200mg(10g当)



しじみ

72mg(30g当)



こまつな(ゆで) 75mg(50g当)



木綿とうふ 86mg(100g当)

126mg(20g当)

66mg(大さじ1杯当)

脱脂粉乳

プロセスチーズ

身体の中のカルシウムが不足すると骨量が減少します。 カルシウムの推奨量は1日約650mg~700mgです。カルシウムの吸収を良くするには、ビタミンDを含んだ食品をとりま しょう。

しらす干し 🥌

■ ビタミンDを多く含むもの ■





Kawasaki City Medical Examination for Osteoporosis Examination Record Sheet

□40 years old □45 years old □50 years old □55 years old □60 years old □65 years old □70 years old

診	査	日	令和	年	月	日	診査機関名
							D EMAN I

Full name	Kata kana		Female	Date of b	irth: /	/	
Addres s		Ku, Kawasaki	City	Tel.			

	on	1	Lumbar spine	measurement by DXA method	
nation for osis	aminati	2	Measurement	by MD method/SXA method (
	Examination	3	Measurement	by ultrasound method	
al examination osteoporosis	Me	asuren	nent site:	Measurement result value:	
Medical		Fine	dings	No apparent abnormalities 2. Guidance needed 3. Thorough examination needed	
•				Name of the	

Do you have healthy bones?

How to maintain bone health

Tips to prevent osteoporosis

1. Meals: Get enough calcium

Make an effort to eat foods containing a lot of vitamins

Continue moderate exercise every day. Example: Walking for 30-60 min. a day 2. Exercise:

3. Sunbathing: Stay outdoors in the shade for about 30-60 min. a day



Whole dried sardine

110 mg per 25 g

These are examples of foods containing a lot of calcium.

> Dried sakura shrimp 200 mg per 10 g



Fat-free milk 66 mg per tablespoon

Dried whitebait

Lack of calcium in the body leads to a reduction of bone mass.

absorption of calcium, eat foods containing a lot of vitamin D.

Recommended daily calcium intake is about 650 to 700 mg. To enhance the

42 mg per 20 g

Freshwater clams 72 mg per 30 g

Boild komatsuna (Japanese mastered spinach)

Firm tofu 86 mg per 100 g

Processed cheese 126 mg per 20 g

75 mg per 50 g

Foods containing a lot of

vitamin D



