

川崎市肺がん検診申込書・記録票

※市記入欄

※ 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」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上
同日実施	<input type="checkbox"/> 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で、該当する番号を「○」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、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)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・背中痛み (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 ある	

胸部 エック ス線	一次読影日 年 月 日		医師名		
	所見		診断	エックス線判定区分(記号を記入する)	
				a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う	
	比較読影: 有⇒変化: 無・有()				
	二次読影日 年 月 日		医師名		
胸部 エック ス線	所見		診断	エックス線判定区分(記号を記入する)	
				A 読影不能 B 異常所見を認めない C 異常所見を認めるが精査を必要としない D 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる E1 肺がんの疑いを否定しえない E2 肺がんを強く疑う	
	比較読影: 有⇒変化: 無・有()				
	胸部エックス線検査決定判定区分		A B C D E1 E2		
喀痰細胞診	1 実施せず 2 実施した(実施理由 ア・イ) ⇒ ※「がん検診等の手引き」参照 3 すすめたが痰が取れなかった		38 初回採痰 提出日 月 日～ 月 日	39 再採痰 再採取日 月 日～ 月 日 再提出日 月 日～ 月 日	喀痰細胞診判定 A B C D E
	総合診断 1 所見なし・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要 3 要精密検査(肺がん以外) 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 <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:	

Kawasaki City Lung 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 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	<input type="checkbox"/> 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 information leakage.

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

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

1 Have you ever had a lung cancer screening test before? 1 No 2 Yes [Previous test: Around (year/month)), Test results: No abnormality / Disease name:]	
2 Has anyone related to you by blood ever developed lung cancer? Specify cancer sites in 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 emphysema (6) Other lung diseases () When did you have it? ⇒ (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): 1 I have never smoked 2 I 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	

胸部 エック ス線	一次読影日 年 月 日		医師名		
	所見		診断	エックス線判定区分(記号を記入する)	
				a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う	
	比較読影: 有⇒変化: 無・有()				
	二次読影日 年 月 日		医師名		
胸部 エック ス線	所見		診断	エックス線判定区分(記号を記入する)	
				A 読影不能 B 異常所見を認めない C 異常所見を認めるが精査を必要としない D 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる E1 肺がんの疑いを否定しえない E2 肺がんを強く疑う	
	比較読影: 有⇒変化: 無・有()				
	胸部エックス線検査決定判定区分		A B C D E1 E2		
喀痰細胞診	1 実施せず 2 実施した(実施理由 ア・イ) ⇒ ※「がん検診等の手引き」参照 3 すすめたが痰が取れなかった		38 初回採痰 提出日 月 日～ 月 日	39 再採痰 再採取日 月 日～ 月 日 再提出日 月 日～ 月 日	喀痰細胞診判定 A B C D E
	総合診断 1 所見なし・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要 3 要精密検査(肺がん以外) 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)					

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 <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:	

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。

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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 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 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「○」で囲ってください。

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()
2 いままで、次の病気をしたことがありますか 1 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)		いつ⇒(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)		いつ⇒(年 月頃)	
(3) 肛門の病気 (いぼ痔 痔ろう 切れ痔 その他)		いつ⇒(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 時々 まれ)	
(2) 便秘気味	1 ない	2 ある (いつも 時々 まれ)	
(3) 便秘と下痢を繰り返す	1 ない	2 ある (いつも 時々 まれ)	
(4) 便が細い	1 ない	2 ある (いつも 時々 まれ)	
(5) ねばねばした粘液がつく	1 ない	2 ある (いつも 時々 まれ)	
(6) 便に血がまじる	1 ない	2 ある (いつも 時々 まれ)	
(7) 便が黒い	1 ない	2 ある (いつも 時々 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がありますか			
1 ない	2 ある	前回 年 月頃、場所 ()	
		(1)検査方法 (イ)大腸の透視 (ロ)内視鏡 (ハ)検便 (ニ)その他 ()	
		(2)検査結果 (イ)異常なし (ロ)異常あり 病名 ()	

免疫学的便潜血検査			
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-PHA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
総合判定	1 異常なし・精密検査不要		
	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			

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	<input type="checkbox"/> 結果を郵送	<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:			

Kawasaki City Large Bowel Cancer Screening Test Application Form/Record 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
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 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.

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

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

1 Has anyone related to you by blood ever developed lung cancer? Specify cancer sites in parentheses.			
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) Diseases of the stomach, duodenum or esophagus (Gastric ulcer, polyp, etc.)		When did you have it? ⇒ (Around (Y/M))	
(2) Disease of large bowel (Polyp, ulcer, diverticulum, colitis, tumor, etc)		When did you have it? ⇒ (Around (Y/M))	
(3) Anal disease (Blind piles, anal fistula,bleeding hemorrhoids, etc.)		When did you have it? ⇒ (Around (Y/M))	
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 How have your bowel movements been over the last 6 months?			
(1) Frequent diarrhea		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
(2) Tendency to be constipated		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
(3) Repetition of diarrhea and constipation		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
(4) Thin stool		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
(5) Mucous stool (stool with mucus)		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
(6) Bloody stool		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
(7) Black stool		1 No	2 Yes (Always / sometimes / rarely)
6 Has your weight changed 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) Fluoroscopy of the large bowel (b) Endoscopy (c) Stool test (d) Other ()	
		(2) Test results (a) No apparent abnormalities (b) Abnormalities detected (Disease name:)	

免疫学的便潜血検査			
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-PHA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
総合判定	1 異常なし・精密検査不要		
	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: / /		Signature of examinee:	
医師記載欄	来院しないので	<input type="checkbox"/> 結果を郵送	<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:			

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」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 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。個人々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で、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいですか ()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()
2 次の病気をしたことがありますか 1 ない 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 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
I 胃角		U 体部上部		M 体部中部		L 体部下部			
B 十二指腸球部		A 前庭		L 体部下部				診断 (数字を記入する)	
B区分		1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側		判定		i. ii. iii. iv. v.			
二次読影日 年 月 日 医師氏名									
A区分		E 食道部		F 穹隆部		部位区分 A B		所見	診 断
I 胃角		U 体部上部		M 体部中部		L 体部下部			
B 十二指腸球部		A 前庭		L 体部下部				判定区分	
B区分		1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側		判定		I. II. III. IV. V.		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 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・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要							
		3 要精密検査 ⇒ 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	<input type="checkbox"/> 結果を郵送	<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:			

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)?
1 Yes 2 No
* 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

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 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 leakage.

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

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

1 Has anyone related to you by blood ever developed lung cancer? Specify cancer sites in parentheses.
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 obstruction (4) Stomach polyp (5) Stomach 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 upset and stomach heaviness (4) Heartburn and belching (5) Stomach bloating (6) Nausea and vomiting
(7) Poor complexion (8) Loss of appetite (9) Frequent diarrhea (10) Tendency to be constipated (11) Bloody stool (12) 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 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? (Endoscopic inspection / barium examination)
1 No 2 Yes ⇒ Previous test: Around (Y/M), Test results: No abnormality / Disease name:()
9 Have you ever had a treatment for the eradication of Helicobacter 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
I 胃角		U 体部上部		M 体部中部		L 体部下部			
B 十二指腸球部		A 前庭		L 体部下部				診断 (数字を記入する)	
B区分		1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側		判定		i. ii. iii. iv. v.		1. 異常なし 11. 十二指腸憩室 2. 胃がん(疑含む) 12. 十二指腸潰瘍 3. 胃腺種 13. 十二指腸潰瘍瘢痕 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 7. 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	
二次読影日 年 月 日 医師氏名									
A区分		E 食道部		F 穹隆部		部位区分 A B		所見	診 断
I 胃角		U 体部上部		M 体部中部		L 体部下部			
B 十二指腸球部		A 前庭		L 体部下部				判定区分	
B区分		1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側		判定		I. II. III. IV. V.		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 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・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要							
		3 要精密検査 ⇒ 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)									

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	<input type="checkbox"/> 結果を郵送	<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:			

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～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。

医療機関コード									
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		

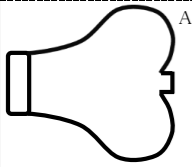
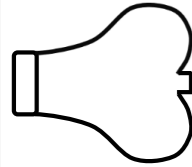
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん
------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

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					

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。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいませんか ()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()		
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)食物がつかえる感じ (3)胃のむたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐き気、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 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()		
8 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		

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 F. 穹窿部 U. 胃体上部 M. 胃体中部 L. 胃体下部 I. 胃角部 A. 前庭部 B. 球部	部位区分	所見	診断
	A		B		
B区分		1.小弯 2.前壁 3.後壁 4.大弯	偶発症	: あり → 別紙記入	
生 検 : あり なし		・食道・十二指腸		判 定 : 0. i. ii. iii. iv. v.	
生検結果: Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5)					
二次読影日	年 月 日	医師氏名		1. 所見なし 5. 瘢痕 9. 褪色	
		部位区分	所見	診断	
	A		B		
再検査の必要性		1. 有 2. 無	判 定 : 0. I. II. III. IV. V.		0. 読影不能 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 IV. 要精密検査(生検)あるいは要再精密検査(生検) V. 悪性病変
総合判定	1 所見なし 2 所見あり・精密検査(生検)不要				
	3 要精密検査(生検) ⇒ 自院で実施 ・ 他院を紹介(医療機関名)				
	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 <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:	

Kawasaki City Stomach Cancer Screening Test (Endoscopic Inspection) 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)?

1 Yes 2 No

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

医療機関コード									
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		

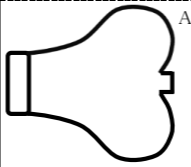
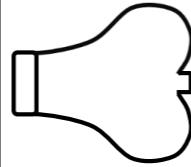
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん
------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

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 leakage.

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

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

1 Has anyone related to you by blood ever developed lung cancer? Specify cancer sites in parentheses.		
1 No 2 Yes ⇒ (1) Parents () (2) Siblings () (3) Uncle/aunt ()		
2 Have you ever had one/some of the following diseases?		
(1) Stomach ulcer (2) Duodenum ulcer (3) Intestinal obstruction (4) Stomach polyp (5) Stomach cramps (6) Chronic gastritis (7) Stomach cancer (8) Gastrointestinal disease ()		
When did you have it? ⇒ (year/month))		
3 Are you allergic to any medications?		1 No 2 Yes (Medication name:) (Presence of xylocaine shock: 1 No 2 Yes)
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 upset and stomach heaviness (4) Heartburn and belching (5) Stomach bloating (6) Nausea and vomiting (7) Poor complexion (8) Loss of appetite (9) Frequent diarrhea (10) Tendency to be constipated (11) Bloody stool (12) 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 beverages 1 I don't drink 2 I drink (every day / sometimes)		
7 Have you had an examination of the stomach in the past 5 years? (Endoscopic inspection / barium examination)		
1 No 2 Yes ⇒ Previous test: Around (Y/M), Test results: No abnormality / Disease name:()		
8 Have you ever had a treatment for the eradication of Helicobacter pylori 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 F. 穹窿部 U. 胃体上部 M. 胃体中部 L. 胃体下部 I. 胃角部 A. 前庭部 B. 球部	部位区分	所見	診断
	A		B		
B区分		1.小弯 2.前壁 3.後壁 4.大弯	偶発症	: あり → 別紙記入	
生 検 : あり なし		・食道・十二指腸		判 定 : 0. i. ii. iii. iv. v.	
生検結果: Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5)					
二次読影日	年 月 日	医師氏名		1. 所見なし 5. 瘢痕 9. 褪色	
		部位区分	所見	診断	
	A		B		
再検査の必要性		1. 有 2. 無	判 定 : 0. I. II. III. IV. V.		0. 読影不能 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 IV. 要精密検査(生検)あるいは要再精密検査(生検) V. 悪性病変
総合判定	1 所見なし 2 所見あり・精密検査(生検)不要				
	3 要精密検査(生検) ⇒ 自院で実施 ・ 他院を紹介(医療機関名)				
	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)					

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 <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:	

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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 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。○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。

3. 要精密検査(生検)

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。

a. 要経過観察

今回の検診結果では、経過観察の必要があります。『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。

b. 要治療

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。

総合判定	1 所見なし・精密検査不要	2 所見あり・精密検査(生検)不要
	3 要精密検査(生検) ⇒ 自院で実施	・ 他院を紹介(医療機関名)
	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	<input type="checkbox"/> 結果を郵送	<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:			

Kawasaki City Stomach Cancer Screening Test (Endoscopic Inspection) 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

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 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 leakage.

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

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 institute you visited.
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.

b. Treatment is needed.

According to the results of this screening test, it is necessary for you to receive treatment. Please visit the medical insti tute 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.

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

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	<input type="checkbox"/> 結果を郵送	<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:			

※市記入欄

川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票

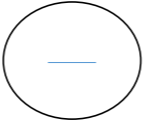
※ 昨年度(4月1日～3月31日)、川崎市の子宮がん検診を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

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	<input type="checkbox"/> 特 定 健 診	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 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。

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (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「○」で囲み、お答えください。）						
1 最近の月経 令和 () 年 () 月 () 日から () 日間 / 閉経した () 歳						
2 妊娠回数 妊娠 () 回 分娩 () 回 3 最近の妊娠 () 歳						
4 HPVワクチン（旧称:子宮頸がん予防ワクチン）を受けたことがありますか 1 ない 2 ある 3 わからない						
5 婦人科系以外の病気ににかかったことはありますか 1 ない 2 ある（病名 , 年 月頃）						
6 婦人科系の病気ににかかったことはありますか 1 ない 2 ある（病名 , 年 月頃）						
また、次に該当するものがありますか。 (1)過去に子宮頸がん(浸潤がん) (2)子宮頸部の円錐切除術 (3)子宮摘出 (4)現在、子宮頸部の異形成や細胞診異常による経過観察中						
7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがある人はいいますか 1 ない 2 ある [子宮がん 卵巣がん 乳がん 誰が ()]						
8 喫煙歴 1 ない 2 ある 9 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 ()						
10 子宮内避妊用具を使用したことがありますか 1 ない 2 ある ()						
11 最近6か月以内で、以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある (1)月経時以外の出血 (2)おりもの（ピンク色、茶色） (3)下腹部の痛み (4)その他 ()						
12 過去5年間に子宮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 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. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 膣炎	4. 頸管ポリープ								
		5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. 悪性の疑い	8. その他 ()								
コルボスコピー		1. 無 2. 有											
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 ()								
細胞診報告	1. 適 正 (判定可能)	1. NILM(陰性)											
	2. 不適正 (判定不可能)	2. ASC－US(軽度病変疑い) 3. ASC－H(高度病変疑い) 4. LSIL(HPV感染・軽度異形成) 5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌) 6. SCC(扁平上皮癌) 7. AGC(腺異形成・腺癌疑い) 8. AIS(上皮内腺癌) 9. Adenocarcinoma(腺癌) 10. Other(その他の悪性腫瘍)											
	細胞診診断	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・標本破損）											
	コメント	<table><tr><td></td><td>サイン</td><td>MD</td><td></td></tr><tr><td></td><td>サイン</td><td>CT</td><td></td></tr></table>						サイン	MD			サイン	CT
	サイン	MD											
	サイン	CT											
細胞診検査年月日				細胞診検査機関名									
総合判定	1. 精密検査不要												
	2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ 自院で実施・他院を紹介（医療機関名 () (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 () か月後の細胞診												
	3. 要精密検査(子宮頸がん以外)		ア. 頸管ポリープ ・ イ. 子宮筋腫 ・ ウ. 付属器腫瘍:左・右 エ. その他 ()										
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 <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送													
備考:													

※市記入欄

Kawasaki City Cervical Cancer Screening Test Application Form/Record Sheet

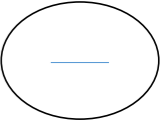
* Did you have a uterus cancer screening test in Kawasaki City last year (from April 1 to March 31)? 1 Yes 2 No

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	<input type="checkbox"/> 特 定 健 診	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 大腸がん	<input type="checkbox"/> 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)
Address	ku, Kawasaki City			Tel.	
Please read the following questions carefully and circle the appropriate answers.					
1 Recent menstruation (for days from year/ month date) / Menopause: At () years of age					
2 Pregnancy: () times Childbirth () times 3 Recent pregnancy: At () years of age					
4 Have you ever received the HPV vaccine (former name: cervix cancer prevention vaccine)? 1 No 2 Yes 3 Not sure					
5 Have you ever had a non-gynecological disease? 1 No 2 Yes (Disease name: , around (year/month))					
6 Have you ever had a gynecological disease? 1 No 2 Yes (Disease name: , around (year/month))					
"Do any of the following items apply to you? (1) History of cervical cancer (invasive cancer) (2) Conization of uterine cervix (3) Hysterectomy (4) Currently under follow-up examination due to dysplasia of uterine cervix and abnormal cytology					
7 Do you have any family members who have had gynecological cancer? 1 No 2 Yes [Cervical cancer / ovarian cancer / breast cancer Who had it? ()]					
8 Smoking history 1 No 2 Yes 9 Do you use female hormones (pills, etc.)? 1 No 2 Yes ()					
10 Have you ever used an intrauterine contraceptive device? 1 No 2 Yes ()					
11 Do you have one or any of the following symptoms within the last 6 months? 1 No 2 Yes (1) Bleeding other than the time of menstruation (2) Vaginal discharge (pink, brown) (3) Pain in the lower abdomen (4) Other ()					
12 Have you had an uterus cancer screening test in the past 5 years? 1 No 2 Yes ⇒ Previous test: Around (Y/M), [1 Cervical cancer 2 Uterine body cancer Test results: No abnormality / Disease name ()]					

臨床所見		1. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 膣炎	4. 頸管ポリープ								
		5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. 悪性の疑い	8. その他 ()								
コルボスコピー		1. 無 2. 有											
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 ()								
細胞診報告	1. 適 正 (判定可能)	1. NILM(陰性)											
	2. 不適正 (判定不可能)	2. ASC－US(軽度病変疑い) 3. ASC－H(高度病変疑い) 4. LSIL(HPV感染・軽度異形成) 5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌) 6. SCC(扁平上皮癌) 7. AGC(腺異形成・腺癌疑い) 8. AIS(上皮内腺癌) 9. Adenocarcinoma(腺癌) 10. Other(その他の悪性腫瘍)											
	細胞診診断	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・標本破損）											
	コメント	<table><tr><td></td><td>サイン</td><td>MD</td><td></td></tr><tr><td></td><td>サイン</td><td>CT</td><td></td></tr></table>						サイン	MD			サイン	CT
	サイン	MD											
	サイン	CT											
細胞診検査年月日				細胞診検査機関名									
総合判定	1. 精密検査不要												
	2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ 自院で実施・他院を紹介（医療機関名 () (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 () か月後の細胞診												
	3. 要精密検査(子宮頸がん以外)		ア. 頸管ポリープ ・ イ. 子宮筋腫 ・ ウ. 付属器腫瘍:左・右 エ. その他 ()										
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													
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 <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送													
備考:													

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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 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。

漢字氏名		カナ氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所	川崎市 区				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。○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。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。
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。

総合判定	1. 精密検査不要							
	2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ 自院で実施 ・ 他院を紹介 (医療機関名) (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()か月後の細胞診							
	3. 要精密検査(子宮頸がん以外) → ア. 頸管ポリープ ・ イ. 子宮筋腫 ・ ウ. 付属器腫瘍:左・右 エ. その他()							
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 備考:		来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送						

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

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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 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.

Comprehensive diagnosis	1. Thorough examination not needed								
	2. Thorough examination for cervical cancer needed → Conducted at our hospital / Referred to another hospital (Name of medical institute:) (1) Have a colposcopic examination and a tissue examination immediately (2) HPV triage (3) Cytology in 6 months or in () months								
	3. Thorough examination needed (other than cervical cancer) → a Cervical polyp b Uterine fibroid c Adnexa tumor: Left/Right d Other ()								
	4. Re-examination of cytodiagnosis needed (due to unsatisfactory specimen for cytodiagnosis)								
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 received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test. Date: / / Signature of examinee:									
医師記載欄 備考:		来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送							

川崎市子宮体がん検診申込書・記録票

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	
漢字氏名				カナ氏名			
生年月日		明・大・昭・平		年 月 日 (歳)			

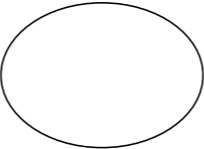
下記の「体がん該当項目」のいずれかに該当する方に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関の受診をお勧めします。

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○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 受診者氏名自署

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。

臨床所見	1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 萎縮性膣炎 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	

細胞診報告	顕微鏡所見	表層細胞() 中層細胞() 深層細胞() 頸管腺細胞() 内膜腺細胞() 赤血球() 白血球() 組織球() 間質細胞()						
	細胞所見	1. 異常を認めず 2. 修復細胞 3. 内膜増殖症 4. 異型内膜増殖症 5. 内膜腺癌 6. その他						
	結果	(1) 陰性 (2) 疑陽性 (3) 陽性 (4) 判定不能						
	細胞診診断	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・標本破損)						
	コメント					サイン	MD	
							CT	
細胞診検査年月日				細胞診検査機関名				

総合判定	1. 正常範囲 2. 経過観察 3. 要再検査 4. 要精密検査 ⇒ 自院で実施・他院を紹介(医療機関名) 5. 判定困難	
	医師サイン	
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	

Kawasaki City Uterine Body Cancer Screening Test Application Form/Record 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		
Full name				Kata kana			Date of birth	year month date (years old)

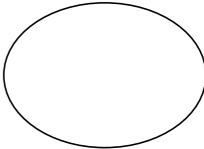
If you fall under one or any of the items for uterine body cancer outlined below, it is recommended that you should visit a medical institute that can conduct various examinations under sufficiently controlled conditions at your first-line choice.

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

臨床所見	1. 異常なし 2. 子宮腔部びらん 3. 萎縮性膣炎 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	

細胞診報告	顕微鏡所見	表層細胞() 中層細胞() 深層細胞() 頸管腺細胞() 内膜腺細胞() 赤血球() 白血球() 組織球() 間質細胞()						
	細胞所見	1. 異常を認めず 2. 修復細胞 3. 内膜増殖症 4. 異型内膜増殖症 5. 内膜腺癌 6. その他						
	結果	(1) 陰性 (2) 疑陽性 (3) 陽性 (4) 判定不能						
	細胞診診断	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・標本破損)						
	コメント					サイン	MD	
							CT	
細胞診検査年月日				細胞診検査機関名				

総合判定	1. 正常範囲 2. 経過観察 3. 要再検査 4. 要精密検査 ⇒ 自院で実施・他院を紹介(医療機関名) 5. 判定困難	
	医師サイン	
医師のコメント		
I have received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test. Date: / / Signature of examinee:		
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	

川崎市子宮体がん検診結果票

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. 70歳以上		
漢字氏名			カナ氏名		
			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ず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	<p>体がん検診を実施する場合、該当する項目に○をつけて下さい。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(ウ)最近6か月以内に褐色帯下の症状があった。</p> <p>(エ)その他医師が必要と認めた場合</p>
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	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 受診者氏名自署 _____</p>

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。○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
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。

総合判定	1. 正常範囲		2. 経過観察		3. 要再検査	
	4. 要精密検査 ⇒ 自院で実施 ・ 他院を紹介(医療機関名)		5. 判定困難			
	医師サイン					
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 備考:	来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本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	
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 cancer	<p>If you have received a uterine body cancer screening, please circle the applicable item(s).</p> <p>(a) Within the last 6 months, you had symptoms of atypical genital bleeding, such as a transient small amount of bleeding or postmenopausal bleeding.</p> <p>(b) Within the last 6 months, you had symptoms of menstruation abnormalities such as hypermenorrhea or irregular menstruation.</p> <p>(c) Within the last 6 months, you had symptoms of brownish discharge.</p> <p>(d) Other cases when deemed necessary by the doctor</p>
Medical interview	Do you use female hormones (pills etc.)? 1 No 2 Yes ()
Consent form	I agree to undergo a uterine body cancer screening test, in addition to a cervical cancer screening test. <div style="text-align: center;">(date)</div> <div style="text-align: right;"><u>Signature of examinee:</u></div>

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 diagnosis	1. Normal range		2. Follow-up		3. Re-examination needed	
	4. Thorough examination needed ⇒ Conducted at your own hospital / Referred to another hospital (Name of medical institute: _____)					
	5. Difficult to evaluate					
Signature of the medical doctor						
Doctor's comments (findings)						
I have received an explanation/guidance regarding the results of the cancer screening test.						
Date: ____ / ____ / ____ Signature of examinee: _____						
医師記載欄 備考:	来院しないので		<input type="checkbox"/> 結果を郵送		<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	

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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 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「○」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 ）

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 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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 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 old)
Address	ku, Kawasaki City			Tel.	

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

1. 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 (Previous test: Around (year/month))

(2) Have you ever had a breast disease?

1. No 2. Yes (At the age of years 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

(1) Menopause

1.Before menopause 2. After menopause (Menopause occurred at the age of)

Questions for a premenopausal woman: When was your most recent menstruation? (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)

(2) Do you have pain in your breasts?

1. No 2. Yes (Right / Left)

(3) Do you have a lump in the breast?

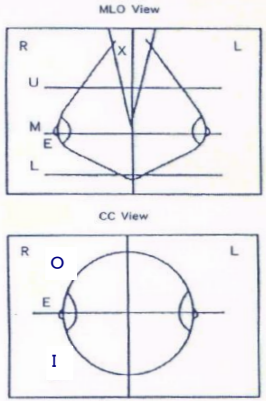
1. No 2. Yes (Right / Left)

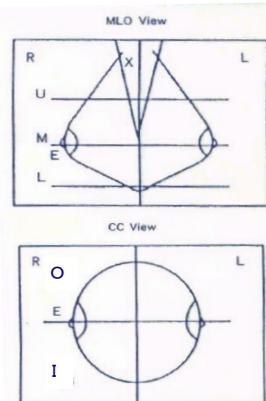
(4) 4 Do you have breast/nipple deformation?

1. No 2. Yes (Right / Left)

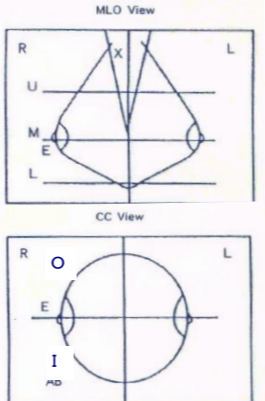
(5) Do you have problems such as bleeding, breast fluid or effusion from the nipple?

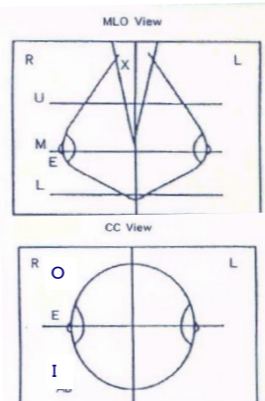
1. No 2. Yes (Right / Left)

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)				
		<div>①腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形</div> <div>ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難</div> <div>エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度</div> <div>②石灰化 1. なし 2. 明らかな良性</div> <div>3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状</div> <div>ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性</div> <div>③その他の所見</div> <div>ア) 乳腺実質の所見</div> <div>イ) 皮膚の所見</div> <div>ウ) リンパ節の所見</div> <div>1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</div> <div>1. 梁柱の肥厚 2. 管状影 3. 非対称性乳房組織 4. 局所的非対称性陰影 5. 構築の乱れ</div> <div>1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変</div> <div>1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節</div>		
一次読影判定(カテゴリー分類)		1. 異常なし 2. 良性 3. 悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性		
読影医師名		明らかにがんの所見があり ⇒ 要医療 (○をしてください)		

読影判定会記録票(マンモグラフィ二次読影)				
二次読影年月日	令和 年 月 日			
フィルム評価	1. 読影可能 2. 読影不能 (右乳房・左乳房・両乳房) └─→ (理由: 1. 体動 2. 撮影条件不良 3. ポジショニング不良 4. マンモ不適 5. その他)			
乳房の構成	〔 脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度 〕 豊胸術後			
		<div>①腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形</div> <div>ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難</div> <div>エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度</div> <div>②石灰化 1. なし 2. 明らかな良性</div> <div>3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状</div> <div>ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性</div> <div>③その他の所見</div> <div>ア) 乳腺実質の所見</div> <div>イ) 皮膚の所見</div> <div>ウ) リンパ節の所見</div> <div>1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</div> <div>1. 梁柱の肥厚 2. 管状影 3. 非対称性乳房組織 4. 局所的非対称性陰影 5. 構築の乱れ</div> <div>1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変</div> <div>1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節</div>		
二次読影判定(カテゴリー分類)		1. 異常なし 2. 良性 3. 悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要 2. 要精密検査		読影医師名	
二次読影医コメント				

精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 ・ 2. 他院を紹介 医療機関名 ()
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 備考:

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)				
		<div>①腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形</div> <div>ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難</div> <div>エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度</div> <div>②石灰化 1. なし 2. 明らかな良性</div> <div>3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状</div> <div>ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性</div> <div>③その他の所見</div> <div>ア) 乳腺実質の所見</div> <div>イ) 皮膚の所見</div> <div>ウ) リンパ節の所見</div> <div>1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</div> <div>1. 梁柱の肥厚 2. 管状影 3. 非対称性乳房組織 4. 局所的非対称性陰影 5. 構築の乱れ</div> <div>1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変</div> <div>1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節</div>		
一次読影判定(カテゴリー分類)		1. 異常なし 2. 良性 3. 悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性		
読影医師名		明らかにがんの所見があり ⇒ 要医療 (○をしてください)		

読影判定会記録票(マンモグラフィ二次読影)				
二次読影年月日	令和 年 月 日			
フィルム評価	1. 読影可能 2. 読影不能 (右乳房・左乳房・両乳房) └─→ (理由: 1. 体動 2. 撮影条件不良 3. ポジショニング不良 4. マンモ不適 5. その他)			
乳房の構成	〔 脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度 〕 豊胸術後			
		<div>①腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形</div> <div>ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難</div> <div>エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度</div> <div>②石灰化 1. なし 2. 明らかな良性</div> <div>3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入)</div> <div>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</div> <div>イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状</div> <div>ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性</div> <div>③その他の所見</div> <div>ア) 乳腺実質の所見</div> <div>イ) 皮膚の所見</div> <div>ウ) リンパ節の所見</div> <div>1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</div> <div>1. 梁柱の肥厚 2. 管状影 3. 非対称性乳房組織 4. 局所的非対称性陰影 5. 構築の乱れ</div> <div>1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変</div> <div>1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節</div>		
二次読影判定(カテゴリー分類)		1. 異常なし 2. 良性 3. 悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要 2. 要精密検査		読影医師名	
二次読影医コメント				

精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 ・ 2. 他院を紹介 医療機関名 ()
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 □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:

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. 70歳以上 4. 無料クーポン	

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺 が ん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃 が ん <input type="checkbox"/> 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。個人々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。○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○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。

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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺 が ん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃 が ん <input type="checkbox"/> 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 old)
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.

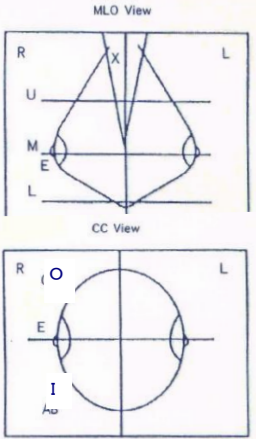
Note: Breast cancer screening tests are scientifically recognized as being effective for the reduction of mortality rates, but it is not always possible to detect cancer by cancer screening. In addition, there are also cases in which the test result is “Positive” even when cancer is not present.

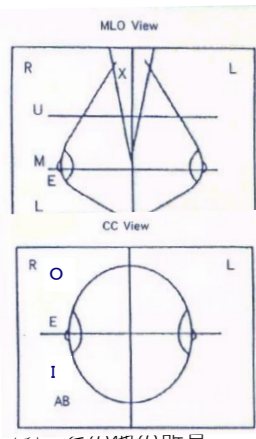
* If you have any questions, please contact the medical institution you visited.

* 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.

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）			
<div><div></div><div><p>① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入)</p><p>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W)</p><p>左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形</p><p>ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難</p><p>エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度</p><p>② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性</p><p>3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入)</p><p>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W)</p><p>左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状</p><p>ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性</p><p>③ その他の所見</p><p>ア) 乳腺実質の所見</p><p>イ) 皮膚の所見</p><p>ウ) リンパ節の所見</p><p>1. 梁柱の肥厚 2. 管状影 3. 非対称性乳房組織 4. 局所的非対称性陰影 5. 構築の乱れ</p><p>1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変</p><p>1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節</p></div></div>			
一次読影判定(カテゴリー分類)		1. 異常なし 2. 良性 3. 悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性	
読影医師名	明らかにがんの所見があり ⇒ 要医療（○をしてください）		

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）			
二次読影年月日	令和 年 月 日		
フィルム評価	1. 読影可能 2. 読影不能（右乳房・左乳房・両乳房） └─>（理由：1. 体動 2. 撮影条件不良 3. ポジショニング不良 4. マンモ不適 5. その他）		
乳房の構成	〔脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度〕 豊胸術後		
<div><div></div><div><p>① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入)</p><p>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W)</p><p>左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形</p><p>ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難</p><p>エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度</p><p>② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性</p><p>3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入)</p><p>ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W)</p><p>左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状</p><p>ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性</p><p>③ その他の所見</p><p>ア) 乳腺実質の所見</p><p>イ) 皮膚の所見</p><p>ウ) リンパ節の所見</p><p>1. 梁柱の肥厚 2. 管状影 3. 非対称性乳房組織 4. 局所的非対称性陰影 5. 構築の乱れ</p><p>1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変</p><p>1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節</p></div></div>			
二次読影判定(カテゴリー分類)		1. 異常なし 2. 良性 3. 悪性を否定できず 4. 悪性の疑い 5. 悪性	
総合判定	1. 精検不要 2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 ・ 2. 他院を紹介 医療機関名（ ）
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、結果を郵送備考:

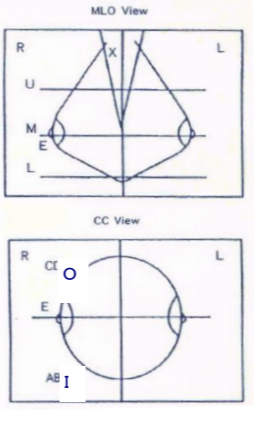
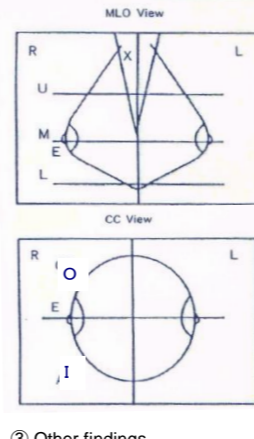
Mammography Screening Record Sheet (Primar Image Reading)			
<div><div></div><div><p>① Tumor mass 1. No 2. Yes (Complete a-d below)</p><p>a) Part Right MLO (U M L E X W) (Overlapping check acceptable) CC (I O E W)</p><p>Left MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>b) Shape 1. Round/Oval 2. Polygonal 3. Lobular 4. Irregular</p><p>c) Margin 1. Circumscribed 2. Microlobulated 3. Indistinct 4. Spiculated 5. Obscure</p><p>d) Density 1. Fat containing 2. Low density 3. Equal density 4. High density</p><p>② Calcification 1. No 2. Typically benign 3. Necessarily to identify benign or malignant (Complete a-d below/Complete the items from a to d below)</p><p>a) Part Right MLO (U M L E X W) (Overlapping check acceptable) CC (I O E W)</p><p>Left MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>b) Morphology 1. Small round 2. Indistinct 3. Pleomorphic 4. Fine linear or branching</p><p>c) Distribution 1. Scattered 2. Regional 3. Clustered 4. Linear 5. Segmental</p><p>③ Other findings 1. No 2. Yes (Complete any one of the items from a to c below)</p><p>a) Findings in mammary gland parenchyma 1. Trabecular thickening 2. Tubular density 3. Asymmetric breast tissue 4. Focal asymmetric density 5. Architectural distortion</p><p>b) Findings in skin 1. Skin retraction 2. Nipple retraction 3. Skin thickening 4. Skin lesion</p><p>c) Findings in lymph nodes 1. Swollen axillary lymph nodes 2. Intramammary lymph nodes</p></div></div>			
Evaluation at primary image reading (category classification)		1. No apparent abnormalities 2. Benign 3. Malignancy can't be ruled out 4. Suspicious abnormality 5. Highly suggestive of malignancy	
Name of the doctor who read images	Presence of findings indicating typical malignant cancer ⇒ Medical treatments needed (Mark with a circle)		

Image Reading Conference Record Sheet (Second Reading of Mammography Images)			
Date of second image reading: / /			
Image evaluation	1. Image reading possible 2. Image reading impossible (Right breast / Left breast / Both breasts) └─>（Reason: 1. Body movement 2. Undesirable photographing condition 3. Undesirable positioning 4. Unfavorable for mammography 5. Other ()		
Breast composition	〔 Almost entirely. Scattered areas of fibroglandular density, Heterogeneously dense Extremely dense 〕 After augmentation mammaplasty		
<div><div></div><div><p>① Tumor mass 1. No 2. Yes (Complete a-d below)</p><p>a) Part Right MLO (U M L E X W) (Overlapping check acceptable) CC (I O E W)</p><p>Left MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>b) Shape 1. Round/Oval 2. Polygonal 3. Lobular 4. Irregular</p><p>c) Margin 1. Circumscribed 2. Microlobulated 3. Indistinct 4. Spiculated 5. Obscure</p><p>d) Density 1. Fat containing 2. Low density 3. Equal density 4. High density</p><p>② Calcification 1. No 2. Typically benign 3. Necessarily to identify benign or malignant (Complete a-d below/Complete the items from a to d below)</p><p>a) Part Right MLO (U M L E X W) (Overlapping check acceptable) CC (I O E W)</p><p>Left MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p><p>b) Morphology 1. Small round 2. Indistinct 3. Pleomorphic 4. Fine linear or branching</p><p>c) Distribution 1. Scattered 2. Regional 3. Clustered 4. Linear 5. Segmental</p><p>③ Other findings 1. No 2. Yes (Complete any one of the items from a to c below)</p><p>a) Findings in mammary gland parenchyma 1. Trabecular thickening 2. Tubular density 3. Asymmetric breast tissue 4. Focal asymmetric density 5. Architectural distortion</p><p>b) Findings in skin 1. Skin retraction 2. Nipple retraction 3. Skin thickening 4. Skin lesion</p><p>c) Findings in lymph nodes 1. Swollen axillary lymph nodes 2. Intramammary lymph nodes</p></div></div>			
Evaluation at secondary image reading (category classification)		1. No apparent abnormalities 2. Benign 3. Malignancy can't be ruled out 4. Suspicious abnormality 5. Highly suggestive of malignancy	
Comprehensive diagnosis	1. Thorough examination not needed 2. Thorough examination needed	Name of the doctor who read images	
Comment from secondary radiologist			

Medical institute conducting thorough examination	1. Conducted at our hospital 2. Referred to another hospital (Name of medical institute:)
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 □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:

※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。

診 査 日	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歳）		

同 日 実 施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん
---------	--

漢字氏名		カナ氏名		女	昭和 年 月 日生	
住所	川崎市 区				電話	

骨粗しょう症検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		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			
		〔 〕			
				判定医師名	

※市記入欄

Kawasaki City Medical Examination for Osteoporosis Application Form/Record Sheet

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

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

診 査 日	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歳）		

同 日 実 施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 乳がん
---------	--

Full name		Kata kana		Female	Date of birth: / /	
Addresses	Ku, Kawasaki City				Tel.	

骨粗しょう症検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		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			
		〔 〕			
				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

診 査 日	令和 年 月 日	診査機関名	
-------	----------	-------	--

漢字氏名		カナ氏名		女	昭和 年 月 日生
住所	川崎市 区			電話	

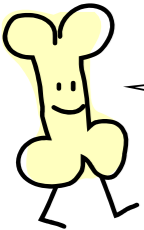
骨粗しょう症検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		3	超音波法による測定		
	測定部位（ ） 測定結果数値（ ）				
所 見		1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精密検査 ()			
				判定医師名	

あなたの骨は大丈夫ですか？

<骨おり壊にならないために>

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



素干しさくらえび
200mg(10g当)



牛乳
227mg(200cc当)



脱脂粉乳
66mg(大さじ1杯当)



プロセスチーズ
126mg(20g当)



しらす干し
42mg(20g当)



しじみ
72mg(30g当)



こまつな(ゆで)
75mg(50g当)



木綿とうふ
86mg(100g当)

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。



さかな



きのこ

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	
-------	----------	-------	--

Full name		Kata kana		Female	Date of birth: / /
Address	Ku, Kawasaki City			Tel.	

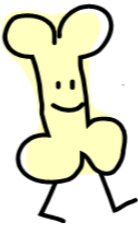
Medical examination for osteoporosis	Examination method	1	Lumbar spine measurement by DXA method		
		2	Measurement by MD method/SXA method ()		
		3	Measurement by ultrasound method		
	Measurement site:		Measurement result value:		
Findings		1. No apparent abnormalities 2. Guidance needed 3. Thorough examination needed ()			
			Name of the doctor		

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
2. Exercise: Continue moderate exercise every day. Example: Walking for 30-60 min. a day
3. Sunbathing: Stay outdoors in the shade for about 30-60 min. a day



These are examples of foods containing a lot of calcium.



Dried sakura shrimp
200 mg per 10 g



Milk
227 mg per 200 cc



Fat-free milk
66 mg per tablespoon



Processed cheese
126 mg per 20 g



Whole dried sardine
110 mg per 25 g



Dried whitebait
42 mg per 20 g



Freshwater clams
72 mg per 30 g



Boild komatsuna
(Japanese mastered spinach)
75 mg per 50 g



Firm tofu
86 mg per 100 g

Foods containing a lot of vitamin D



Fish



Mushrooms

Lack of calcium in the body leads to a reduction of bone mass.
Recommended daily calcium intake is about 650 to 700 mg. To enhance the absorption of calcium, eat foods containing a lot of vitamin D.