

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	☐ 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)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 of 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	⇒	38	初回採痰	喀痰採取日 月 日～ 月 日	喀痰細胞診判定
	2 実施した(実施理由 ア ・ イ) ※「がん検診等の手引き」参照		39	再 採 痰	提出日 月 日～ 月 日 再採取日 月 日～ 月 日 再提出日 月 日～ 月 日	

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 ☐ 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:	

川崎市肺癌筛查申请表・记录单

※市記入欄

※受检人员：请在粗框内用力填写。

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

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		性別	男 ・ 女	出生日期	年 月 日 (岁)
住址	川崎市 区					电话	

请仔细阅读以下问题，针对适用项目的编号划“○”。

1 是否曾接受过肺癌筛查？ 1 否 2 是 { 上次 年 月前后、检查结果 无异常 / 病名() }	
2 亲戚中是否有人罹患“癌症”？请在 () 中填写患病部位。 1 否 2 是 (1) 父母 () (2) 兄弟姐妹 () (3) 叔伯・姑姨 ()	
3 是否患有以下疾病？ 1 否 2 是 (1) 肺癌 (2) 肺炎 (3) 肺结核 (4) 肺纤维化 (5) 肺气肿 (6) 其他肺部疾病 () ⇒何时 (年 月)	
4 是否做过胸部手术？ 1 否 2 是 (病名)	
5 目前是否有正在治疗的任何疾病？ 1 否 2 是 (病名)	
6 最近6个月内是否有以下任何症状？ 1 否 2 是 (1) 咳嗽 (2) 咳痰 (3) 血痰 (4) 胸部/背部疼痛 (5) 体重减轻	
7 关于嗜好 香烟 1 从不吸烟 2 以前吸过 1天 () 根× () 年 () 年前为止 3 吸烟 1天 () 根× () 年	
8 职业环境 (1) 与石棉有关 (2) 其他 ()	
9 是否有可能怀孕？ (仅针对女性) 1 否 2 是	

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	⇒	38	初回採痰	喀痰採取日 月 日～ 月 日	喀痰細胞診判定
	2 実施した(実施理由 ア ・ イ) ※「がん検診等の手引き」参照		39	再 採 痰	提出日 月 日～ 月 日 再採取日 月 日～ 月 日 再提出日 月 日～ 月 日	

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)	
--------------	--

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名	
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:	

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 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		

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。○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（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。
4. 要精密検査
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分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。

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 ☐ 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：

川崎市肺癌筛查結果単

※受検人員：请在粗框内用力填写。

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		

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		性別	男・女	出生日期	年 月 日（ 岁）
住址	川崎市 区					电话	

肺癌筛查结果通知

现以如下方式通知筛查结果。 ○标记为适用的项目。

1. 无医学所见
本次筛查未发现异常。
请在今后继续接受定期（每年一次）筛查。
另外，如出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。
2. 有医学所见、无需详细检查
本次筛查结果显示，目前无需进行详细检查。
如将来出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。
3. 需详细检查（肺癌除外）
本次筛查结果显示，有其他疾病的嫌疑。
有必要进行详细的检查，请携带『肺癌筛查结果单』和『健康保险卡』等，立即前往所选的医疗机构受检。
4. 需详细检查
本次筛查结果显示，有必要通过CT检查※1和支气管镜检查※2进行更详细的检查。
请携带『肺癌筛查结果单』、『介绍信』、『详细检查结果报告』、『健康保险卡』等立即前往下栏的实施详细检查的医疗机构受检。
另外，详细检查结果将与川崎市及相关医疗机构共享。
※ 1 利用X光进行身体内部（横截面）摄影的检查
※ 2 使用内窥镜观察支气管粘膜并收集病变的检查

因以后的检查及诊疗将被保险承保，请确保携带健康保险卡。

注意）肺癌筛查在科学上被认为具有降低死亡率的效果，但筛查并非一定能够检测出癌症。
另外，即使未患癌症，筛查结果也有可能呈现“阳性”。

- ※ 肺癌在日本的癌患死因中处于前列。为了在今后继续保护自身的健康
请每年接受一次筛查。
- ※ 请务必妥善保管此筛查结果单以便健康管理，并在下次受检时携带。
- ※ 如有任何疑问，请于本次受检的医疗机构中询问。
- ※ 为预防癌症，禁烟十分重要。尤其是肺癌，与吸烟的相关性极强。
并且，香烟不仅对吸烟者本人造成健康危害，而且威胁到周围人的健康。

综合诊断	1无医学所见、无需详细检查 2有医学所见、无需详细检查 3需详细检查（肺癌除外） 4 需详细检查⇒（1）在本医院实施 ・ 介绍其他医院（医疗机构名称 ）
	判断医生姓名
医生点评（医学所见）	

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名
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：

川崎市大腸がん検診申込書・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	☐ 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 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 いままでに、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	☐ 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：			

川崎市大腸癌筛查申请表・记录单

※市記入欄

※受检人员：请在粗框内用力填写。

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
------	--

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		性別	男・女	出生日期	年 月 日（ 岁）
住址	川崎市 区					电话	

请仔细阅读以下问题，针对适用项目的编号划“○”。

1 亲戚中是否有人罹患“癌症”？请在（ ）中填写患病部位。			
1 无	2 有	(1) 父母() (2) 兄弟姐妹() (3) 叔伯・姑姨()	
2 以往是否患有以下疾病？ 1 无 2 有			
(1) 胃、十二指肠、食道疾病		(胃溃疡 息肉 其他)	何时⇒(年 月前后)
(2) 大肠疾病		(息肉 溃疡 憩室 结肠炎 肿瘤 其他)	何时⇒(年 月前后)
(3) 肛门疾病		(瘰痔 肛瘻 肛裂 其他)	何时⇒(年 月前后)
3 是否做过腹部手术？		1 无 2 有(病名)	
4 目前是否正在治疗任何疾病？		1 无 2 有(病名)	
5 最近6个月左右的排便情况如何？			
(1) 腹泻	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
(2) 便秘	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
(3) 便秘与腹泻交替	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
(4) 大便稀薄	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
(5) 附着粘粘糊糊的黏液	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
(6) 大便中混有血液	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
(7) 大便黑色	1 无	2 有 (经常 有时 很少)	
6 最近体重是否有变化？		1 无变化 2 增加 3 减少 (kg)	
7 过去5年中是否接受过大肠检查？			
1 无 2 有	上次 年 月前后、 地点 ()		
(1)检查方法 (A)大肠透视 (B)内窥镜 (C)粪便检查 (D)其他()			
(2)检查结果 (A)无异常 (B)有异常 疾病名称 ()			

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			

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名			
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：			

川崎市大腸がん検診結果票

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

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 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。○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げ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 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	☐ 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:			

川崎市大腸癌筛查結果単

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
------	--

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		性別	男・女	出生日期	年 月 日（ 岁）
住址	川崎市 区					电话	

大腸癌筛查結果通知

现以如下方式通知筛查结果。 ○标记为适用的项目。

1. 无异常

本次筛查中未发现粪便潜血反应引起的异常。
请在今后继续接受每年的定期筛查。
※即使患有大肠癌，也并非一定呈现阳性。
如出现黑便或肠蠕动异常等症状，请尽快前往医疗机构接受诊疗。

2. 需详细检查

本次筛查结果显示，有必要进行更详细的检查。
请携带此『大肠癌筛查结果单』、『介绍信』、『详细检查结果报告』、『健康保险卡』等
立即前往以下医疗机构接受详细检查。
※并非所有人员都会患病，也有许多人不存在异常。
同时，由于还可检测到癌症以外的疾病，请务必接受详细检查。
※详细检查首选全结肠镜检查。如全结肠镜检查存在困难，则乙状结肠内窥镜检查与灌肠X线检查相结合是下一个最佳选择。另外，粪便潜血的复查视为不妥当。

因以后的检查及诊疗将被保险承保，请确保携带健康保险卡。

注意) 大肠癌筛查在科学上被认为具有降低死亡率的效果，但筛查并非一定能够检测出癌症。
另外，即使未患癌症，筛查结果也有可能呈现“阳性”。

※ 大肠癌在日本的癌患死因中处于前列。
为了在今后继续保护自身的健康，请每年接受一次筛查。

※ 请务必妥善保管此筛查结果单以便健康管理，并在下次受检时携带。

※ 如有任何疑问，请于本次受检的医疗机构中询问。

综合诊断	1 无异常、无需详细检查	
	2 需详细检查⇒(1)在本医院实施 (2)介绍其他医院（医疗机构名称)	
	判断医生姓名	
医生点评（医学所见）		

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名			
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:			

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	☐ 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 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 I 胃角 B 十二指腸球部 A 前庭	F 穹隆部 U 体部上部 M 体部中部 L 体部下部	部位区分 A B	所見	診 断
				1. 所見なし 2. 透亮像 3. バリウム斑 4. 変形 5. 伸展不良 6. 陰影欠損	7. 壁硬化 8. 皺襞途絶 9. 皺襞集中 10. 巨大皺襞 11. 粘膜凸凹不整 12. その他
				診断 (数字を記入する)	
				1. 異常なし 2. 胃がん(疑含む) 3. 胃腺種 4. 胃炎 5. 胃潰瘍 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 胃憩室 8. 胃ポリープ 9. 胃粘膜下腫瘍 10. 術後胃	11. 十二指腸憩室 12. 十二指腸潰瘍 13. 十二指腸潰瘍瘢痕 14. 十二指腸腫脹 15. 食道がん(疑) 16. 食道憩室 17. 食道裂孔ヘルニア 18. その他
				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 悪性病変以外の疾患が考えられる V. 悪性病変の疑い	
B区分	1. 小弯側 3. 後壁	2. 前壁 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 I 胃角 B 十二指腸球部 A 前庭	F 穹隆部 U 体部上部 M 体部中部 L 体部下部	部位区分 A B	所見	診 断
				1. 所見なし 2. 透亮像 3. バリウム斑 4. 変形 5. 伸展不良 6. 陰影欠損	7. 壁硬化 8. 皺襞途絶 9. 皺襞集中 10. 巨大皺襞 11. 粘膜凸凹不整 12. その他
				診断 (数字を記入する)	
				1. 異常なし 2. 胃がん(疑含む) 3. 胃腺種 4. 胃炎 5. 胃潰瘍 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 胃憩室 8. 胃ポリープ 9. 胃粘膜下腫瘍 10. 術後胃	11. 十二指腸憩室 12. 十二指腸潰瘍 13. 十二指腸潰瘍瘢痕 14. 十二指腸腫脹 15. 食道がん(疑) 16. 食道憩室 17. 食道裂孔ヘルニア 18. その他
				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 悪性病変以外の疾患が考えられる V. 悪性病変の疑い	
				I. II. III. IV. V.	
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 ☐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:

川崎市胃癌筛查（X线検査）申请表・记录单

※市記入欄

※ 上年度（4月1日～次年3月31日）是否在川崎市接受了胃癌筛查（内窥镜检查）？ 1. 是 2. 否

※受检人员：请在粗框内用力填写。

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
------	--

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		性別	男・女	出生日期	年 月 日 (岁)
住址	川崎市 区					电话	

请仔细阅读以下问题，针对适用项目的编号划“○”。

1 亲戚中是否有人罹患“癌症”？请在 () 中填写患病部位。 1 无 2 有 ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姐妹() (3) 叔伯・姑姨()	
2 以往是否患有以下疾病？ 1 无 2 有 (1) 胃溃疡 (2) 十二指肠溃疡 (3) 肠梗阻 (4) 胃息肉 (5) 胃痉挛 (6) 慢性胃炎 (7) 胃癌 (8) 其他胃肠道疾病 () 何时⇒(年 月)	
3 是否做过腹部手术？ 1 无 2 有 (病名)	
4 目前是否正在治疗任何疾病？ 1 无 2 有 (病名)	
5 是否有以下任何症状？ 1 无 2 有 (1) 胃痛 (2) 食物噎卡 (3) 胃胀、压抑 (4) 胃灼热、嗝气 (5) 胃肿胀 (6) 恶心、呕吐 (7) 面色不佳 (8) 食欲不振 (9) 腹泻 (10) 便秘 (11) 血便 (12) 暗便 (13) 体重减轻	
6 嗜好 (1) 香烟 1 从不吸烟 2 以前吸过 3 吸烟 (1天 根左右) (2) 酒类 1 不喝酒 2 喝酒 (每天 有时)	
7 目前是否怀孕？ 1 是 2 否	
8 过去5年是否接受过胃部检查？ (内窥镜检查、钡剂检查) 1 无 2 有 ⇒ 上次 年 月前后、 检查结果 无异常 / 病名()	
9 是否接受过根除幽门螺杆菌的治疗？ 1 否 2 是 3 不知道	

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 I 胃角 B 十二指腸球部 A 前庭	F 穹隆部 U 体部上部 M 体部中部 L 体部下部	部位区分 A B	所見	診 断
				1. 所見なし 2. 透亮像 3. バリウム斑 4. 変形 5. 伸展不良 6. 陰影欠損	7. 壁硬化 8. 皺襞途絶 9. 皺襞集中 10. 巨大皺襞 11. 粘膜凸凹不整 12. その他
				診断 (数字を記入する)	
				1. 異常なし 2. 胃がん(疑含む) 3. 胃腺種 4. 胃炎 5. 胃潰瘍 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 胃憩室 8. 胃ポリープ 9. 胃粘膜下腫瘍 10. 術後胃	11. 十二指腸憩室 12. 十二指腸潰瘍 13. 十二指腸潰瘍瘢痕 14. 十二指腸腫脹 15. 食道がん(疑) 16. 食道憩室 17. 食道裂孔ヘルニア 18. その他
				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 悪性病変以外の疾患が考えられる V. 悪性病変の疑い	
				I. II. III. IV. V.	
二次読影日 年 月 日 医師氏名					
A区分	E 食道部 I 胃角 B 十二指腸球部 A 前庭	F 穹隆部 U 体部上部 M 体部中部 L 体部下部	部位区分 A B	所見	診 断
				1. 所見なし 2. 透亮像 3. バリウム斑 4. 変形 5. 伸展不良 6. 陰影欠損	7. 壁硬化 8. 皺襞途絶 9. 皺襞集中 10. 巨大皺襞 11. 粘膜凸凹不整 12. その他
				診断 (数字を記入する)	
				1. 異常なし 2. 胃がん(疑含む) 3. 胃腺種 4. 胃炎 5. 胃潰瘍 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 胃憩室 8. 胃ポリープ 9. 胃粘膜下腫瘍 10. 術後胃	11. 十二指腸憩室 12. 十二指腸潰瘍 13. 十二指腸潰瘍瘢痕 14. 十二指腸腫脹 15. 食道がん(疑) 16. 食道憩室 17. 食道裂孔ヘルニア 18. その他
				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 悪性病変以外の疾患が考えられる V. 悪性病変の疑い	
				I. II. III. IV. V.	
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)					

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名

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:

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 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。○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。
今後もし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。

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 ☐ 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:	

川崎市胃癌筛查（X线検査）結果单

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		
受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。			
汉字姓名		片假名姓名	
性別	男 ・ 女	出生日期	年 月 日 （ 岁）
住址	川崎市 区		电话

胃癌筛查结果通知

现以如下方式通知筛查结果。 ○标记为适用的项目。

1. 无医学所见、无需详细检查

本次筛查未发现异常。

请在今后继续接受定期（每年一次）筛查。

另外，如出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。

2. 有医学所见、无需详细检查

本次筛查结果显示，目前无需进行详细检查。

如将来出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。

3. 需详细检查

本次筛查结果显示，有必要通过胃内窥镜进行更详细的检查。

此『胃癌筛查结果单』、『介绍信』、『详细检查结果报告』、『健康保险卡』等

立即前往以下医疗机构接受详细检查。

详细检查结果将与川崎市及相关医疗机构共享。

因以后的检查及诊疗将被保险承保，请确保携带健康保险卡。

注意) 胃癌筛查在科学上被认为具有降低死亡率的效果，但筛查并非一定能够检测出癌症。
另外，即使未患癌症，筛查结果也有可能呈现“阳性”。

※ 如有任何疑问，请于本次受检的医疗机构中询问。

※ 胃癌在日本的癌患死因中处于前列。
为了在今后继续保护自身的健康，请每年接受一次筛查。

※ 请务必妥善保管此筛查结果单以便健康管理，并在下次受检时携带。

※根据厚生劳动省针对癌症筛查内容等制定的“癌症预防重点健康和癌症筛查实施指南”中，以50岁以上人员为对象，建议每两年进行一次胃癌筛查。但是，关于胃部X线检查，目前来讲，40岁以上人员可每年实施一次。

综合诊断	1 无医学所见、无需详细检查 2 有医学所见、无需详细检查	
	3 需详细检查⇒在本医院实施 ・ 介绍其他医院（医疗机构名称)	
判断医生姓名		
医生点评（医学所见）		

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名

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:	

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。

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

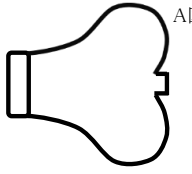
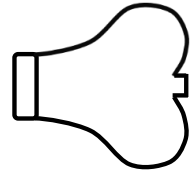
同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん
------	--

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	

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 次の胃腸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 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)胃のもたれ、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. 弯隆部 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					2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整	
生 検：あり なし					3. 陥凹 7. びらん 11. その他	
生検結果: Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5) ・食道・ 十二指腸 判定: 0. i. ii. iii. iv. v.					4. 潰瘍 8. 発赤 ()	
二次読影日 年 月 日 医師氏名					診 断 (数字を記入する)	
		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.					1. 異常なし 9. 胃びらん	
					2. 癌(疑い含む) 10. 胃粘膜下腫瘍	
					3. 胃腺腫 11. 術後胃	
					4. ヘリコバクター関連胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘢痕含む)	
					5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん	
					6. 胃潰瘍(瘢痕含む) 14. 食道裂孔ヘルニア	
					7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎	
					8. 胃ポリープ 16. その他()	
					判 定 区 分	
					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 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

川崎市胃癌筛查（内窥镜检查）申请表・记录单

※市記入欄

※ 上年度（4月1日～次年3月31日）是否在川崎市接受了胃癌筛查（内窥镜检查）？ 1. 是 2. 否

※受检人员：请在粗框内用力填写。

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

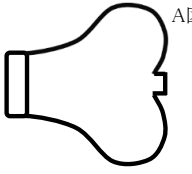
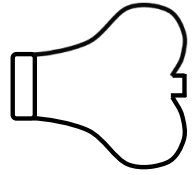
同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん
------	--

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		性別	男・女	出生日期	年 月 日（ 岁）
住址	川崎市 区					电话	

请仔细阅读以下问题，针对适用项目的编号划“○”。

1 亲戚中是否有人罹患“癌症”？请在（ ）中填写患病部位。	
1 无 2 有 ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姐妹() (3) 叔伯・姑娘()	
2 以往是否患有以下疾病？ 1 无 2 有	
(1) 胃溃疡 (2) 十二指肠溃疡 (3) 肠梗阻 (4) 胃息肉 (5) 胃痉挛 (6) 慢性胃炎	
(7) 胃癌 (8) 其他胃肠道疾病 () 何时⇒(年 月)	
3 是否有药物过敏？ 1 无 2 有 (药品名)	
(是否有赛洛卡因休克症状: 1 无 2 有)	
4 目前是否正在治疗任何疾病？ 1 无 2 有 (病名)	
5 是否有以下任何症状？ 1 无 2 有	
(1) 胃痛 (2) 食物噎卡 (3) 胃胀、压迫 (4) 胃灼热、暖气 (5) 胃肿胀 (6) 恶心、呕吐	
(7) 面色不佳 (8) 食欲不振 (9) 腹泻 (10) 便秘 (11) 血便 (12) 暗便 (13) 体重减轻	
6 嗜好 (1) 香烟 1 从不吸烟 2 以前吸过 3 吸烟 (1天 根左右)	
(2) 酒类 1 不喝酒 2 喝酒 (每天 有时)	
7 过去5年是否接受过胃部检查？ (内窥镜检查、钡剂检查)	
1 无 2 有 ⇒ 上次 年 月前后、 检查结果 无异常 / 病名()	
8 是否接受过根除幽门螺杆菌的治疗？ 1 是 2 否 3 不知道	

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. 弯隆部 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					2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整	
生 検：あり なし					3. 陥凹 7. びらん 11. その他	
生検結果: Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5) ・食道・ 十二指腸 判定: 0. i. ii. iii. iv. v.					4. 潰瘍 8. 発赤 ()	
二次読影日 年 月 日 医師氏名					診 断 (数字を記入する)	
		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.					1. 異常なし 9. 胃びらん	
					2. 癌(疑い含む) 10. 胃粘膜下腫瘍	
					3. 胃腺腫 11. 術後胃	
					4. ヘリコバクター関連胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘢痕含む)	
					5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん	
					6. 胃潰瘍(瘢痕含む) 14. 食道裂孔ヘルニア	
					7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎	
					8. 胃ポリープ 16. その他()	
					判 定 区 分	
					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)						

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名	
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

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きます。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。

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（ 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	☐ 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：			

川崎市胃癌筛查（内窥镜检查）结果单

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			
受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。			
汉字姓名		片假名姓名	
		性別	男・女
		出生日期	年 月 日（ 岁）
住址	川崎市 区		电话

胃癌筛查结果通知

现以如下方式通知筛查结果。 ○标记为适用的项目。

1. 无医学所见

本次筛查未发现异常。
请在今后继续接受定期筛查。
另外，如出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。

2. 有医学所见、无需详细检查（活检）

本次筛查结果显示，目前无需进行详细检查。
如将来出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。

3. 需详细检查（活检）

本次筛查结果显示，有必要通过活检或再次胃内窥镜检查进行更详细的检查。
请携带『胃癌筛查结果单』、『介绍信』、『详细检查结果报告』、『健康保险卡』等立即前往以下指定医疗机构接受详细检查。
如本次筛查中同时实施了详细检查（活检），请听取本次受检的医疗机构的说明。
另外，详细检查结果将与川崎市及相关医疗机构共享。

a. 需跟进观察

本次筛查结果显示，有必要跟进观察。请携带『胃癌筛查结果单』和『健康保险卡』前往本次受检的医疗机构接受诊疗。

b. 需治疗

本次筛查结果显示，有必要进行治疗。请携带『胃癌筛查结果单』和『健康保险卡』等立即前往适当的医疗机构接受诊疗。

因以后的检查及诊疗将被保险承保，请确保携带健康保险卡。

注意）胃癌筛查在科学上被认为具有降低死亡率的效果，但筛查并非一定能够检测出癌症。
另外，即使未患癌症，筛查结果也有可能呈现“阳性”。

※ 如有任何疑问，请于本次受检的医疗机构中询问。

※ 胃癌在日本的癌症死因中处于前列。
为了在今后继续保护自身的健康，请每年接受一次筛查。

※ 请务必妥善保管此筛查结果单以便健康管理，并在下次受检时携带。

※ 根据厚生劳动省针对癌症筛查内容等制定的“癌症预防重点健康教育 and 癌症筛查实施指南”中，以50岁以上人员为对象，建议每两年进行一次胃癌筛查。
但是，关于胃部X线检查，目前来讲，40岁以上人员可每年实施一次。

综合诊断	1 无医学所见 2 有医学所见、无需详细检查（活检）
	3 需详细检查⇒在本医院实施 ・ 介绍其他医院（医疗机构名称）
	a 需跟进观察（ 个月） b 需治疗
	判断医生姓名
医生点评（医学所见）	

我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名			
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：			

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

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

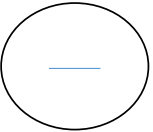
7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがある人はいいますか 1 ない 2 ある [子宮がん 卵巣がん 乳がん 誰が()]

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か月以内に、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. 腔炎	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()	

コルポスコピー	1. 無 2. 有	
検体の種類	1. 従来法 2. 液状検体法	
採取方法	1. サイトビック® 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. 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)
	2. 不適正 (判定不可能)	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					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()						
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 ☐ 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:	

川崎市宫颈癌筛查申请表・记录单

※市記入欄

※上年度（4月1日～次年3月31日）是否在川崎市接受了宫颈癌筛查？ 1. 是 2. 否

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

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		出生日期	年 月 日（ 岁）	
住址	川崎市 区				电话	

请仔细阅读以下问题，针对适用项目的编号划“○”。

1 最近的月经 令和（ ）年（ ）月（ ）日至（ ）日/已绝经（ ）岁

2 怀孕次数 怀孕（ ）次 分娩（ ）次 3 最近一次怀孕（ ）岁

4 是否接种过HPV疫苗（旧名：宫颈癌预防疫苗）？ 1 否 2 是 3 不知道

5 是否患过非妇科疾病？ 1 无 2 有（病名 、 年 月前后）

6 是否患过妇科疾病？ 1 无 2 有（病名 、 年 月前后）

同时，以下是否存在适用项目？
(1) 过去曾患宫颈癌（浸润性癌症） (2) 宫颈锥切术 (3) 子宫切除术 (4) 目前，由于宫颈发育不良或细胞学异常，正在跟进观察

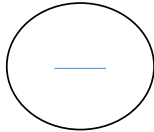
7 是否有罹患妇科癌症的家庭成员？ 1 无 2 有 [子宫癌 卵巢癌 乳腺癌 谁()]

8 吸烟史 1 无 2 有 9 是否正在使用女性荷尔蒙剂（口服避孕药等） 1 否 2 是（ ）

10 是否使用过宫内节育器？ 1 无 2 有（ ）

11 最近6个月内是否有以下任何症状？ 1 无 2 有
(1) 月经以外的出血 (2) 阴道分泌物（粉红色、棕色） (3) 下腹部疼痛 (4) 其他（ ）

12 过去5年中是否接受过子宫颈癌筛查？
1 否 2 是 [上次 年 月前后 1 宫颈癌 2 子宫体癌 筛查结果 无异常 / 疾病名称（ ）]

臨床所見	1. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 腔炎	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()	

コルポスコピー	1. 無 2. 有	
検体の種類	1. 従来法 2. 液状検体法	
採取方法	1. サイトビック® 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. 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)
	2. 不適正 (判定不可能)	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					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()						
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	
---------	--

我已接受有关体检结果的说明和指导。	年 月 日	受检人签名
-------------------	-------	-------

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:	

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。

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) → 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 ☐ 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:									

川崎市宫颈癌筛查结果单

※上年度（4月1日～次年3月31日）是否在川崎市接受了宫颈癌筛查？ 1. 是 2. 否

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		

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

汉字姓名		片假名姓名		出生日期	年 月 日 (岁)
住址	川崎市 区			电话	

宫颈癌筛查结果通知

现以如下方式通知筛查结果。 ○标记为适用的项目。

1. 无异常
本次筛查结果显示，未发现异常。请在今后继续每两年一次定期接受子宫颈癌筛查。
另外，如出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。
2. 宫颈癌 需详细检查
本次筛查结果显示，有必要进行○标记的详细检查，请前往医疗机构受检。
※
(1) 请立即进行阴道镜检查及组织检查。 ※使用放大镜观察的检查
(2) 请立即进行HPV检查。
(3) 由于需跟进观察，请于6个月或()个月后接受细胞诊断的详细检查。

接受详细检查时请携带『宫颈癌筛查结果单』、『介绍信』、『详细检查结果报告』、『健康保险卡』等。
另外，详细检查的结果将与川崎市及相关医疗机构共享。
3. 需详细检查（宫颈癌除外）
本次筛查结果显示，存在其他疾病的嫌疑。
因有必要进行详细的检查，请携带『宫颈癌筛查结果单』和『健康保险卡』前往所选的医疗机构受检。
4. 因细胞诊断不正确，需复查
本次筛查结果显示，由于各种因素，难以作出判断。请携带『健康保险卡』，前往所选的医疗机构再次受检。

因以后的检查及诊疗将被保险承保，请确保携带健康保险卡。

注意) 宫颈癌筛查在科学上被认为具有降低死亡率及患病率的效果，但筛查并非一定能够检测出癌症。

另外，即使未患癌症，筛查结果也有可能呈现“阳性”。

- ※ 在日本，女性的癌症中宫颈癌的患病比例相对较高，并且近年来呈现增加趋势。
为了在今后继续保护自身的健康，请每两年一次定期接受筛查。
- ※ 请务必妥善保管此筛查结果单以便健康管理，并在下次受检时携带。
- ※ 如有任何疑问，请于本次受检的医疗机构中询问。

综合诊断	1. 无需详细检查								
	2. 宫颈癌 需详细检查⇒在本医院实施 ・ 介绍其他医院 (医疗机构名称) (1) 立即进行阴道镜检查及组织检查 (2) HPV分流 (3) 6个月或()个月后的细胞学检查								
	3. 需详细检查（宫颈癌以外） → 4. 需细胞学复查（因细胞学检查不正确而需复查）								
	医生签名		筛查分类	1	宫颈癌	2	宫颈癌+子宫体癌	3	宫颈癌+子宫体癌 (无法收集)
医生点评									
我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名									
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:									

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. 萎縮性性炎	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	2 引	3 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	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：						

川崎市子宫体癌筛查申请表・记录单

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 姓名			片假名 姓名		
			出生 日期	年 月 日（ 歳）	

对适用以下“子宫体癌适用项目”任一项的人员，作为首选，建议前往能够在充分的安全管理下实施各种检查的医疗机构接受诊疗。

但是，如适用某项目，听取了有关体部细胞学检查的说明（伴随疼痛及出血等）并同意继续进行体部细胞学检查的情况，仅限于本人同意时才可用于宫颈癌筛查之后接受子宫体部的细胞学检查。

另外，子宫体部的细胞学检查中，对于孕妇及仅经历过剖腹产分娩的妇女，由于子宫口关闭等原因，可能难以实施细胞学检查。

子宫体癌适用项目	实施子宫体癌筛查时，针对适用项目划“○”。 （A）最近6个月内曾出现不规则生殖器出血（短暂的少量出血、绝经后出血等）的症状。 （B）最近6个月内曾出现月经异常（月经过多、月经不调）的症状。 （C）最近6个月内曾出现褐色带下的症状。 （D）医生认为必要的其他情况
问珍	是否正在使用女性荷尔蒙剂（口服避孕药等）？ 1 否 2 是（ ）
同意书	本人同意在宫颈癌筛查的同时接受子宫体癌筛查。 年 月 日 受检人自签名

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

臨床所見	1. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 萎縮性腔炎	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	

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			
我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名			
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：			

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。

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	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:									

川崎市子宮体癌篩査結果単

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 姓名				片假名 姓名			出生 日期	年 月 日（ 歳）

对适用以下“子宫体癌适用项目”任一项的人员，作为首选，建议前往能够在充分的安全管理下实施各种检查的医疗机构接受诊疗。

但是，如适用某项目，听取了有关体部细胞学检查的说明（伴随疼痛及出血等）并同意继续进行体部细胞学检查的情况，仅限于本人同意时才可用于宫颈癌筛查之后接受子宫体部的细胞学检查。

另外，子宫体部的细胞学检查中，对于孕妇及仅经历过剖腹产分娩的妇女，由于子宫口关闭等原因，可能难以实施细胞学检查。

子宫体癌 适用项目	实施子宫体癌筛查时，针对适用项目划“○”。 (A) 最近6个月内曾出现不规则生殖器出血（短暂的少量出血、绝经后出血等）的症状。 (B) 最近6个月内曾出现月经异常（月经过多、月经不调）的症状。 (C) 最近6个月内曾出现褐色带下的症状。 (D) 医生认为必要的其他情况
问珍	是否正在使用女性荷尔蒙剂（口服避孕药等）？ 1 否 2 是（ ）
同意书	本人同意在宫颈癌筛查的同时接受子宫体癌筛查。 年 月 日 受检人自签名_____

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

子宫体癌筛查结果通知

现以如下方式通知筛查结果。 ○标记为适用的项目。

1. 无医学所见
本次筛查未发现异常。
另外，如出现任何主观症状等，请于附近的医疗机构接受诊疗。
2. 跟进观察
本次筛查结果显示，有必要跟进观察。
(3、6、12) 个月后，请携带『子宫体癌筛查结果单』和『健康保险卡』前往本次受检的医疗机构接受诊疗。
3. 需复查
本次筛查结果显示，有必要进行复查。
请携带『子宫体癌筛查结果单』和『健康保险卡』立即前往适当的医疗机构接受筛查。
4. 需详细检查
本次筛查结果显示，有必要进行详细检查。
请携带『子宫体癌筛查结果单』、『详细检查结果报告』、『健康保险卡』，立即前往以下医疗机构接受筛查。
5. 难以判断
本次筛查结果显示，由于各种因素，难以作出判断。
请携带『健康保险卡』，前往所选的医疗机构接受复查。

因以后的检查及诊疗将被保险承保，请确保携带健康保险卡。

- ※ 为了在今后继续保护自身的健康,请每两年一次定期接受筛查。
※ 请务必妥善保管此筛查结果单以便健康管理,并在下次受检时携带。
※ 如有任何疑问,请于本次受检的医疗机构中询问。

综合 诊断	1. 正常范围		2. 跟进观察		3. 需复查	
	4. 需详细检查⇒ 在本医院实施 ・ 介绍其他医院（医疗机构名称）					5. 难以判断
	医生签名					
医生点评						
我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名						
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：						

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「○」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 ）

川崎市乳腺癌筛查申请表・记录单

※ 上年度是否在川崎市接受了乳腺癌筛查？ 1. 是 2. 否

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
------	---

受检人员的筛查信息有可能使用于精度管理、癌症研究等目的。 个人筛查信息不会泄漏。

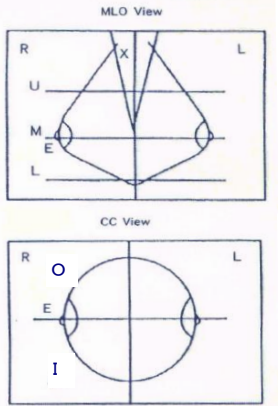
汉字姓名		片假名姓名		出生日期	年 月 日（ 岁）
住址	川崎市 区			电话	

请仔细阅读以下问题，针对适用项目的编号划“○”。

1. 病史及家族史		
(1) 是否接受过乳腺、癌筛查？	1. 初次	2. 曾经受检（上次 年 月前后）
(2) 是否有过乳腺疾病？	1. 否	2. 是（ 岁时：病名 ）
(3) 家人（亲属）中是否有人患有“乳腺癌”？	1. 无	2. 有（关系 ）
2. 关于月经及怀孕等		
(1) 关于绝经	1. 绝经前	2. 绝经后（ 岁时绝经）
请绝经前人员回答。最近的月经为何时	（ 月 日至 历时 天）	
(2) 是否经历过怀孕或分娩？	1. 否	2. 是（怀孕 次・分娩 次）
3. 当前症状		
(1) 平时是否对乳房进行自我检查？	1. 否	2. 是（约 年前开始）
(2) 乳房是否有疼痛感？	1. 否	2. 是（ 右 ・ 左 ）
(3) 乳房是否有肿块？	1. 否	2. 是（ 右 ・ 左 ）
(4) 乳房、乳头是否有变形？	1. 否	2. 是（ 右 ・ 左 ）
(5) 乳头是否有出血、乳汁或渗出物？	1. 否	2. 是（ 右 ・ 左 ）

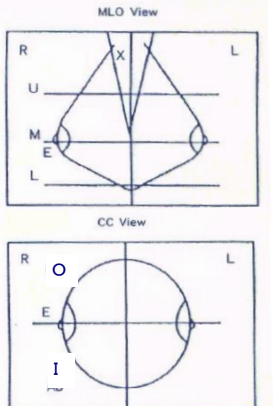
①医療機関控え(二次読影後)→市提出

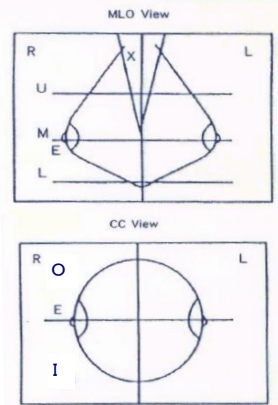
3部複写

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)	
 ③ その他の所見 ア) 乳腺実質の所見 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見	① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入) 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) イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形 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 エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度 ② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性 3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入) 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) イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状 ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性 ③ 1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入) 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 1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変 1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節
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)

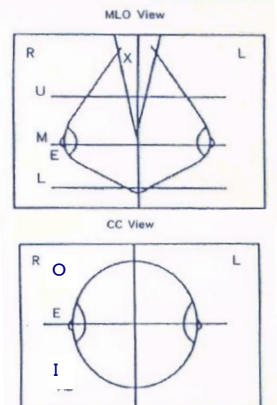
①医療機関控え(二次読影後)→市提出

3部複写

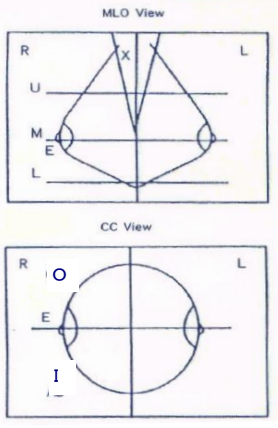
マンモグラフィ検診記録票(一次読影)	
 ③ その他の所見 ア) 乳腺実質の所見 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見	① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入) ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形 ウ) 辺縁 1. 境界明瞭 2. 微細分葉状 3. 境界不明瞭 4. スピキュラ 5. 評価困難 エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度 ② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性 3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入) 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) イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状 ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性 ③ 1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入) 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 1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変 1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節
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)

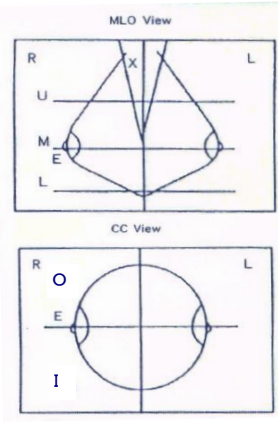
読影判定会記録票(マンモグラフィ二次読影)		
二次読影年月日	令和 年 月 日	
フィルム評価	1. 読影可能 2. 読影不能 (右乳房 ・ 左乳房 ・ 両乳房) └─→ {理由: 1. 体動 2. 撮影条件不良 3. ポジショニング不良 4. マンモ不適 5. その他()}	
乳房の構成	〔 脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度 〕 豊胸術後	
 ③ その他の所見 ア) 乳腺実質の所見 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見	① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入) ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形 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 エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度 ② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性 3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入) 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) イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状 ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性 ③ 1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入) 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 1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変 1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節	
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:

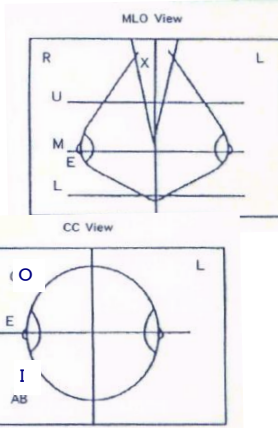
読影判定会記録票(マンモグラフィ二次読影)		
二次読影年月日	令和 年 月 日	
フィルム評価	1. 読影可能 2. 読影不能 (右乳房 ・ 左乳房 ・ 両乳房) └─→ {理由: 1. 体動 2. 撮影条件不良 3. ポジショニング不良 4. マンモ不適 5. その他()}	
乳房の構成	〔 脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度 〕 豊胸術後	
 ③ その他の所見 ア) 乳腺実質の所見 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見	① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入) ア) 部位 右 MLO (U M L E X W) (重複チェック可) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形 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 エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度 ② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性 3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入) 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) イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状 ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性 ③ 1. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入) 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 1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変 1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節	
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		

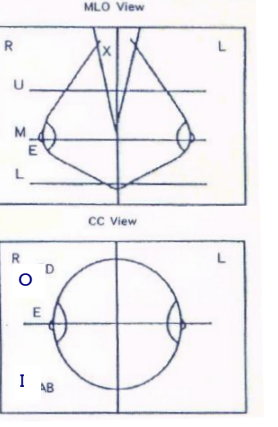
精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 ・ 2. 他院を紹介 医療機関名 ()
我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名	
医師記載欄	来院しないので □結果を郵送 □医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 備考:

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）			
 ① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入) 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) イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形 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 エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度 ② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性 3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入) 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) イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状 ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性 ③ その他の所見 ア) 乳腺実質の所見 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見 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 1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変 1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節			
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		
 ① 腫瘍 1. なし 2. あり(以下ア～エまで記入) 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) イ) 形状 1. 円形・楕円形 2. 多角形 3. 分葉状 4. 不整形 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 エ) 濃度 1. 含脂肪 2. 低濃度 3. 等濃度 4. 高濃度 ② 石灰化 1. なし 2. 明らかな良性 3. 良悪性の識別必要(以下ア～ウまで記入) 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) イ) 形態 1. 微小円形 2. 不明瞭 3. 多形性 4. 微細線状分枝状 ウ) 分布 1. 散在性 2. 領域性 3. 集簇性 4. 線状 5. 区域性 ③ その他の所見 ア) 乳腺実質の所見 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見 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 1. 皮膚陥凹 2. 乳頭陥凹 3. 皮膚肥厚 4. 皮膚病変 1. 腫大腋窩リンパ節 2. 乳房内リンパ節			
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:

乳房X线筛查记录单（初次读片）			
 ① 腫瘍 1. 无 2. 有(填写以下A到D) A) 部位 右 MLO (U M L E X W) (可多个圈画) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) B) 形状 1. 圆形・椭圆形 2. 多边形 3. 分叶状 4. 不规则形状 C) 边缘 1. 界线清晰 2. 微细分叶状 3. 界线不清晰 4. 皮刺 5. 难以评估 D) 浓度 1. 含脂肪 2. 低浓度 3. 等浓度 4. 高浓度 ② 钙化 1. 无 2. 明显良性 3. 需要识别良性或恶性(填写以下A到C) A) 部位 右 MLO (U M L E X W) (可多个圈画) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) B) 形态 1. 微小圆形 2. 模糊不清 3. 多态性 4. 细线状支化 C) 分布 1. 分散性 2. 领域性 3. 集簇性 4. 线状 5. 区域性 ③ 其他医学所见 1. 无 2. 有(填写以下A～C任一项) A) 乳腺实质的所见 1. 固有层增厚 2. 管状影 3. 乳腺组织不对称 4. 局灶性不对称影 5. 结构紊乱 B) 皮肤所见 1. 皮肤凹陷 2. 乳头凹陷 3. 皮肤增厚 4. 皮肤病变 C) 淋巴结所见 1. 腋窝淋巴结肿大 2. 乳房内淋巴结			
初次读片判断(类别划分)		1. 无异常 2. 良性 3. 无法否定恶性 4. 恶性嫌疑 5. 恶性	
读片医生姓名		有明显癌症所见 ⇒ 需要医疗 (请划○)	

读片判断会记录单（乳房X线二次读片）			
二次读片日期	令和 年 月 日		
影片评估	1. 可读 2. 不可读 (右乳房・左乳房・两乳房) └理由: 1. 身体移动 2. 拍摄条件不良 3. 定位不良 4. 乳腺摄影不当 5. 其他()		
乳房组成	〔 脂肪性、乳腺散乱、不均匀高浓度、极高浓度 〕 隆胸术后		
 ① 腫瘍 1. 无 2. 有(填写以下A到D) A) 部位 右 MLO (U M L E X W) (可多个圈画) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) B) 形状 1. 圆形・椭圆形 2. 多边形 3. 分叶状 4. 不规则形状 C) 边缘 1. 界线清晰 2. 微细分叶状 3. 界线不清晰 4. 皮刺 5. 难以评估 D) 浓度 1. 含脂肪 2. 低浓度 3. 等浓度 4. 高浓度 ② 钙化 1. 无 2. 明显良性 3. 需要识别良性或恶性(填写以下A到C) A) 部位 右 MLO (U M L E X W) (可多个圈画) CC (I O E W) 左 MLO (U M L E X W) CC (I O E W) B) 形态 1. 微小圆形 2. 模糊不清 3. 多态性 4. 细线状支化 C) 分布 1. 分散性 2. 领域性 3. 集簇性 4. 线状 5. 区域性 ③ 其他医学所见 1. 无 2. 有(填写以下A～C任一项) A) 乳腺实质的所见 1. 固有层增厚 2. 管状影 3. 乳腺组织不对称 4. 局灶性不对称影 5. 结构紊乱 B) 皮肤所见 1. 皮肤凹陷 2. 乳头凹陷 3. 皮肤增厚 4. 皮肤病变 C) 淋巴结所见 1. 腋窝淋巴结肿大 2. 乳房内淋巴结			
二次读片判断(类别划分)		1. 无异常 2. 良性 3. 无法否定恶性 4. 恶性嫌疑 5. 恶性	
综合诊断	1. 无需详细检查 2. 需详细检查		读片医生姓名
二次读片医生点评			

详细检查 实施医疗机构	1. 在本医院实施 ・ 2. 介绍其他医院 医疗机构名称 ()
我已接受有关体检结果的说明和指导。 年 月 日 受检人签名	
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:

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	☐ 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 区			電話	
骨粗しょう症検診	↓ 該当数字を○で囲んでください				
	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	

川崎市骨质疏松症検査申请表・记录单

□40岁・□45岁・□50岁・□55岁・□60岁・□65岁・□70岁

※ 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	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん ☐ 胃がん ☐ 子宮がん ☐ 乳がん				
汉字姓名		片假名姓名		女	年 月 日生
住址	川崎市 区			电话	
骨粗しょう症検診	↓ 該当数字を○で囲んでください				
	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	

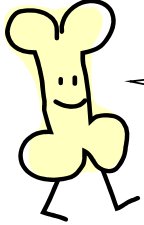
骨粗しょう症検診	検査方法	1	DXA法による腰椎測定		
		2	MD法・SXA法等による測定（ ）		
		3	超音波法による測定		
	測定部位（ ） 測定結果数値（ ）				
	所 見	1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精密検査 （ ）			
				判定医師名	

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。



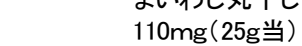
カルシウムを多く含む食品の例です



素干しさくらえび
200mg（10g当）



しらす干し
42mg（20g当）



まいわし丸干し
110mg（25g当）



しじみ
72mg（30g当）



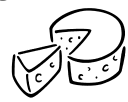
こまつな（ゆで）
75mg（50g当）



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）



木綿とうふ
86mg（100g当）

■ ビタミンDを多く含むもの ■



川崎市骨質疏松症 受検結果单

□40岁・□45岁・□50岁・□55岁・□60岁・□65岁・□70岁

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

汉字姓名		片假名姓名		女	年 月 日生
住址	川崎市 区			电话	

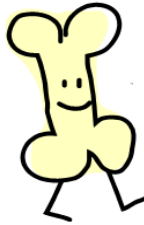
骨質疏松症筛查	検査方法	1	DXA法腰椎測量		
		2	采用MD法、SXA法等の測量（ ）		
		3	超音波法測量		
	測量部位（ ） 測量結果値（ ）				
	医 学 所 見	1. 无异常 2. 需指导 3. 需详细检查 （ ）			
				判断医生姓名	

您的骨骼足够坚固吗？

<谨防骨质流失>

骨质疏松的预防要点

1. 饮食・・・多食钙质。
积极摄取富含维生素类的食品。
2. 运动・・・每天坚持适度的运动。例）每天30分～1小时步行。
3. 日光浴・・・每天30分～1小时左右在树荫下享受日光浴。



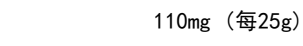
富含钙质食品举例



樱花虾干
200mg（每10g）



小沙丁鱼干
42mg（每20g）



远东拟沙丁鱼干
110mg（每25g）



小松菜（煮熟）
75mg（每50g）



牛奶
227mg（每200cc）



脱脂奶粉
66mg（1汤匙）



加工奶酪
126mg（每20g）



棉豆腐
86mg（每100g）



淡水蚌
72mg（每30g）

当身体缺钙时，骨量就会减少。
建议摄取的钙量约为每天650mg～700mg。要改善对钙质的吸收，
应多食含维生素D的食品。

■ 富含维生素D的食材 ■

