

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。個人個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
	比較読影: 有⇒変化: 無・有()	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	
二次読影日 年 月 日	医師名		
	所見	診断	
比較読影: 有⇒変化: 無・有()	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		
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:

가와사키시 폐암 검진 신청서・기록표

※市記入欄

※ 검진을 받는 분께: 굵은 테두리 안을 진하게 기입해 주십시오.

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

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

다음 질문을 잘 읽고 해당하는 번호를 ○로 표시해 주십시오.

1 폐암 검진을 받은 적이 있습니까?
 1 없다 2 있다 [전회 년 월경, 검사 결과 이상 없음 / 병명()]

2 혈연자 중에 '암'에 걸린 사람이 있습니까? () 안에는 부위를 기입해 주십시오.
 1 없다 2 있다 (1) 부모() (2) 형제자매() (3) 부모의 형제자매()

3 지금까지 다음의 병에 걸린 적이 있습니까? 1 없다 2 있다
 (1)폐암 (2)폐렴 (3)폐결핵 (4)폐섬유증 (5)폐기종 (6)기타 폐질환 ()
 언제입니까?⇒(년 월)

4 흉부 수술을 한 적이 있습니까? 1 없다 2 있다(병명)

5 현재 치료 중인 병이 있습니까? 1 없다 2 있다(병명)

6 최근 6개월 이내에 아래와 같은 증상이 있습니까? 1 없다 2 있다
 (1)기침 (2)가래 (3)혈담 (4)가슴이나 등의 통증 (5)체중감소

7 기호품에 대해 담배 1 피운 적이 없다 2 예전에 피웠었다 1일()개비×()년 ()년 전까지
 3 피운다 1일()개비×()년

8 직업환경 (1) 석면(아스베스토스) 관계 (2) 기타()

9 임신의 가능성이 있습니까?(여성만 답변) 1 없다 2 있다

胸部 엑스선	一次読影日 年 月 日	医師名	
		所見	診断
	比較読影: 有⇒変化: 無・有()	엑스선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	
二次読影日 年 月 日	医師名		
	所見	診断	
比較読影: 有⇒変化: 無・有()	엑스선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		
胸部엑스선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)

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명

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	<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			

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(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。

- ※ 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 <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:

가와사키시 폐암 검진 결과표

※ 검진을 받는 분께: 굵은 테두리 안을 진하게 기입해 주십시오.

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

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

폐암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

- 1. 소견 없음**
이번 검진에서는 이상 없었습니다.
앞으로도 정기적(매년)으로 검진을 받으십시오.
또한, 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.
- 2. 소견 있음・정밀검사 불필요**
이번 검진 결과에서 정밀 검사를 받을 필요는 없습니다.
추후에 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.
- 3. 정밀검사 요함 (폐암 이외)**
이번 검진 결과에서 다른 병의 우려가 있습니다.
정밀검사를 받을 필요가 있으니 "폐암 검진결과표", "건강보험증" 등을 지참하시고 곧바로 희망하는 의료기관을 방문해 주십시오.
- 4. 정밀검사 요함**
이번 검진결과에서는 CT 검사※1 와 기관지경 검사※2 에 의해 보다 자세한 검사를 할 필요가 있습니다.
이 "폐암 검진결과표", "소개장", "정밀검사 결과보고서", "건강보험증" 등을 지참하시고 곧바로 아래 칸의 정밀검사를 실시하는 의료기관을 방문해 주십시오.
정밀검사 결과는 가와사키시와 관계 의료기관에서에서 공유하겠습니다.

※1 X선을 이용하여 신체의 내부(단면)를 촬영하는 검사

※2 내시경으로 기관지 점막을 관찰하여 병변을 채취하는 검사

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

주의) 폐암 검진은 사망률 감소 효과가 과학적으로 밝혀졌으나, 검진에서 반드시 암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다.
또한, 암이 없어도 검진 결과가 '양성'이 나오는 경우가 있습니다.

- ※ 폐암은 일본의 암에 의한 사망원인 상위에 속해 있습니다. 앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해, 1년에 1회 검진을 받으십시오.
- ※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.
- ※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.
- ※ 암을 예방하기 위해서는 담배를 피우지 않는 것이 중요합니다. 특히, 폐암은 흡연과 관련이 높으며, 담배를 피우는 본인뿐 아니라 주변 사람에게도 건강 피해를 유발합니다.

종합진단	1 소견 없음・정밀검사 불필요 2 소견 있음・정밀검사 불필요 3 정밀검사 요함(폐암 이외) 4 정밀검사 요함 ⇒ (1) 본 병원에서 실시 ・ 다른 병원 소개(의료기관명)
	판정 의사명
의사의 견해(소견)	

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 年 월 일 검진자 서명
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。個人個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、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:

※市記入欄

가와사키시 대장암 검진 신청서・기록표

※ 검진을 받는 분께: 굵은 테두리 안을 진하게 기입해 주십시오.

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
------	--

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

다음 질문을 잘 읽고 해당하는 번호를 ○로 표시해 주십시오.

1 혈연자 중에 '암'에 걸린 사람이 있습니까? () 안에는 부위를 기입해 주십시오.
 1 없다 2 있다 (1) 부모() (2) 형제자매() (3) 부모의 형제자매()

2 지금까지 다음의 병에 걸린 적이 있습니까? 1 없다 2 있다
 (1) 위, 십이지장, 식도 질환 (위궤양 위용종 기타) 언제⇒(年 월경)
 (2) 대장 질환 (용종 궤양 게실 대장염 종양 기타) 언제⇒(年 월경)
 (3) 항문 질환 (수치질 치루 항문 열상 기타) 언제⇒(年 월경)

3 복부 수술을 한 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명)

4 현재 치료 중인 병이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명)

5 최근 6개월 정도의 배변은 어떻습니까?
 (1) 설사 기미 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)
 (2) 변비 기미 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)
 (3) 변비와 설사를 반복함 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)
 (4) 변이 가늘 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)
 (5) 끈적한 점액이 나옴 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)
 (6) 변에 피가 섞임 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)
 (7) 변이 검음 1 없다 2 있다 (항상 가끔 드물게)

6 최근 체중의 변화가 있었습니까? 1 변함없다 2 증가했다 3 감소했다 (kg)

7 과거 5년간 대장 검사를 받은 적이 있습니까?
 1 없다 2 있다 (전회 年 월경, 장소())
 (1)검사방법 (가) 대장 투시 (나) 내시경 (다) 검변 (라) 기타 ()
 (2)검사결과 (가)이상 없음 (나)이상 있음 병명()

免疫学的便潜血検査			
検査方法	1回目	2回目	判定
1. 라텍스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			

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 年 월 일 검진자 서명

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	<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			

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 <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:

가와사키시 대장암 검진 결과표

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
------	--

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명		가나성명		성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구			전화			

대장암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

1. 이상 없음

이번 검진에서는 변장혈 반응에 의한 이상 소견은 없습니다.

앞으로도 매년 정기적으로 검진을 받으십시오.

※대장에 암이 있어도 반드시 양성으로 나오는 것은 아닙니다.

하혈, 배변 이상 등의 증상이 있으면 바로 의료기관을 방문해 주십시오.

2. 정밀검사 요함

이번 검진 결과에서는 보다 자세한 검사를 받을 필요가 있습니다.

이 "대장암 검진 결과표", "소개장", "정밀검사 결과보고서", "건강보험증"을 지참하시고

곧바로 아래의 의료기관에서 정밀검사를 받으십시오.

※모든 분이 병이 있는 것이 아니라 이상이 없는 분도 많습니다.

또한, 암 이외의 병도 발견할 수 있으니, 반드시 정밀검사를 받으십시오.

※정밀검사는 전대장 내시경 검사가 제1 선택입니다. 전대장 내시경 검사가 어려운 경우는 S상결장 내시경

검사와 주장 엑스레이 검사의 병용이 차선의 선택입니다. 변장혈 검사의 재검사는 적절하지 않습니다.

정밀검사 결과는 가와사키시와 관계 의료기관에서 공유하겠습니다.

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

주의) 대장암 검진은 사망률 감소 효과가 과학적으로 밝혀졌으나, 검진에서 반드시 암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다.

또한, 암이 없어도 검진 결과가 '양성'이 나오는 경우가 있습니다.

※ 대장암은 일본의 암에 의한 사망원인 상위에 속해 있습니다.

앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해 1년에 1회 검진을 받으십시오.

※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.

※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.

종합진단	1 이상 없음・정밀검사 불필요
	2 정밀검사 요함 ⇒ (1)본 병원에서 실시 (2)다른 병원 소개(의료기관명)
	판정 의사명
의사의 견해(소견)	

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명
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 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。個人個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	部位区分		所見	診断
A区分	E 食道部	F 穹隆部	A	B		
	I 胃角	U 体部上部				
	B 十二指腸球部	M 体部中部				
	A 前庭	L 体部下部				
B区分	1. 小弯側	2. 前壁	判定	i.	ii.	iii.
	3. 後壁	4. 大弯側		iv.	v.	

二次読影日	年 月 日	医師氏名	部位区分		所見	診断
A区分	E 食道部	F 穹隆部	A	B		
	I 胃角	U 体部上部				
	B 十二指腸球部	M 体部中部				
	A 前庭	L 体部下部				
B区分	1. 小弯側	2. 前壁	判定	I.	II.	III.
	3. 後壁	4. 大弯側		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:

가와사키시 위암 검진(엑스레이 검사) 신청서・기록표

※市記入欄

※ 작년도에(4월 1일~다음해 3월 31일), 가와사키시의 위암 검진(내시경 검사)을 받았습니까? 1 네 2 아니오

※ 검진을 받는 분께: 굵은 테두리 안을 진하게 기입해 주십시오.

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

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남·여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

다음 질문을 잘 읽고 해당하는 번호를 ○로 표시해 주십시오.

1 혈연자 중에 '암'에 걸린 사람이 있습니까? () 안에는 부위를 기입해 주십시오.
 1 없다 2 있다 ⇒ (1) 부모() (2) 형제자매() (3) 부모의 형제자매()

2 다음의 병에 걸린 적이 있습니까? 1 없다 2 있다
 (1) 위궤양 (2) 십이지장궤양 (3) 장폐색 (4) 위용종 (5) 위경련 (6) 만성위염
 (7) 위암 (8) 기타 위장 질환() 언제입니까?⇒(年 月)

3 복부 수술을 한 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명)

4 현재 치료 중인 병이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명)

5 아래와 같은 증상이 있습니까? 1 없다 2 있다
 (1) 위통 (2) 음식이 막히는 느낌 (3) 소화불량, 답답함 (4) 속쓰림, 트림 (5) 복부팽만 (6) 구역질, 구토
 (7) 안색이 나쁨 (8) 식욕부진 (9) 설사 기미 (10) 변비 기미 (11) 혈변 (12) 검은 변 (13) 체중감소

6 기호품 (1) 담배 1 피우지 않는다 2 예전에 피웠었다 3 피운다 (1일 개비 정도)
 (2) 주류 1 마시지 않는다 2 마신다 (매일 가끔)

7 현재 임신했습니까? 1 임신했다 2 임신하지 않았다

8 과거 5년 사이에 위의 검사를 받은 적이 있습니까? (내시경 검사, 바륨 검사)
 1 없다 2 있다 ⇒ 전회 년 월경, 검사결과 이상 없음/병명()

9 헬리코박터 피로리균의 제균 치료를 받은 적이 있습니까?
 1 없다 2 있다 3 모르겠다

一次読影日	年 月 日	医師氏名	部位区分		所見	診断
A区分	E 食道部	F 穹隆部	A	B		
	I 胃角	U 体部上部				
	B 十二指腸球部	M 体部中部				
	A 前庭	L 体部下部				
B区分	1. 小弯側	2. 前壁	判定	i.	ii.	iii.
	3. 後壁	4. 大弯側		iv.	v.	

二次読影日	年 月 日	医師氏名	部位区分		所見	診断
A区分	E 食道部	F 穹隆部	A	B		
	I 胃角	U 体部上部				
	B 十二指腸球部	M 体部中部				
	A 前庭	L 体部下部				
B区分	1. 小弯側	2. 前壁	判定	I.	II.	III.
	3. 後壁	4. 大弯側		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)		

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명

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	<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・精密検査不要

今回の検診では異常は認められません。

今後も定期的に検診を受けてください。

また、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2. 所見あり・精密検査不要

今回の検査結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。

今後、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

3. 要精密検査

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

『胃がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』等を持参のうえ、ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保検診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

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

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

※ 胃がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。今後もご自身の健康を守るため、定期的に検診をお受けください。

※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

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

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 <input type="checkbox"/>
備考:		

가와사키시 위암 검진(엑스레이 검사) 결과표

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
------	--

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

위암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

1. 소견 없음

이번 검진에서는 이상 없었습니다.

앞으로도 정기적으로 검진을 받으십시오.

또한, 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.

2. 소견 있음・정밀검사 불필요

이번 검진 결과에서 정밀 검사를 받을 필요는 없습니다.

추후에 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.

3. 정밀검사 요함

이번 검사 결과에서는 위 내시경 검사에 의해 더욱 자세한 검사를 받을 필요가 있습니다.

"위암 검진 결과표", "소개장", "정밀검사 결과 보고서", "건강보험증" 등을 지참하시고

곧바로 아래 의료기관에서 정밀검사를 받으십시오.

정밀검사 결과는 가와사키시와 관계 의료기관에서 공유하겠습니다.

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

주의) 위암 검진은 사망률 감소 효과가 과학적으로 밝혀졌으나, 검진에서 반드시 암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다. 또한, 암이 없어도 검진 결과가 '양성'이 나오는 경우가 있습니다.

※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.

※ 위암은 일본의 암에 의한 사망원인 상위에 속해 있습니다. 앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해 정기적으로 검진을 받으십시오.

※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.

※후생노동성이 지역에서 실시하는 암 검진의 내용 등에 대해 정하는 '암 예방 중점 건강 교육 및 암 검진 실시를 위한 지침'에서는 위암 검진에 대해 50세 이상을 대상으로 2년에 1번 실시하는 것을 권장하고 있습니다. 단, 위부 엑스레이 검사에 대해서는 당분간 40세 이상을 대상으로 1년에 1회 실시해도 문제 없다고 되어 있습니다.

종합진단	1 소견 없음・정밀검사 불필요	2 소견 있음・정밀검사 불필요
	3 정밀검사 요함 ⇒ 본 병원에서 실시 ・ 다른 병원 소개(의료기관명)	
	판정 의사명	
의사의 견해(소견)		

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다.	년 월 일	검진자 서명
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 <input type="checkbox"/>
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
住所	川崎市 区	電話		年 月 日 (歳)	

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) 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)

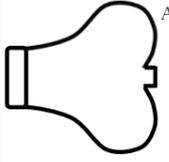
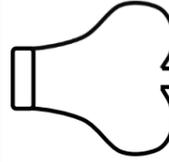
4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)

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) 下痢がみ (10) 便秘がみ (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. 瘰癧 9. 褪色 2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整 3. 陥凹 7. びらん 11. その他 4. 潰瘍 8. 発赤 ()
	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 A B	所見 診断
	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 生検結果: Group (1, 2, 3, 4, 5) ・食道・十二指腸 判定: 0. i. ii. iii. iv. v.			
二次読影日	年 月 日	医師氏名		診断(数字を記入する) 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(瘰癧含む) 5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん 6. 胃潰瘍(瘰癧含む) 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			
	再検査の必要性 1. 有 2. 無 判定: 0. I. II. III. IV. V.			
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 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:

가와사키시 위암 검진(내시경 검사) 신청서・기록표

※市記入欄

※ 작년도에(4월 1일~다음해 3월 31일), 가와사키시의 위암 검진(내시경 검사)을 받았습니까? 1 네 2 아니오

※ 검진을 받는 분께: 굵은 테두리 안을 진하게 기입해 주십시오.

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

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

다음 질문을 잘 읽고, 해당하는 번호를 ○로 표시해 주십시오.

1 혈연자 중에 '암'에 걸린 사람이 있습니까? () 안에는 부위를 기입해 주십시오.
1 없다 2 있다 ⇒ (1) 부모() (2) 형제자매() (3) 부모의 형제자매()

2 다음의 병에 걸린 적이 있습니까?
(1) 위궤양 (2) 십이지장궤양 (3) 장폐색 (4) 위용종 (5) 위경련 (6) 만성위염
(7) 위암 (8) 기타 위장 질환() 언제입니까?⇒(年 月)

3 약제 알레르기가 있습니까? 1 없다 2 있다 (약제명)
(크실로카인 쇼크의 유무: 1 없다 2 있다)

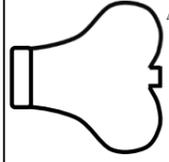
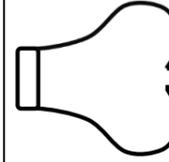
4 현재 치료 중인 병이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명)

5 아래와 같은 증상이 있습니까? 1 없다 2 있다
(1) 위통 (2) 음식이 막히는 느낌 (3) 소화불량, 답답함 (4) 속쓰림, 트림 (5) 복부팽만 (6) 구역질, 구토
(7) 안색이 나쁨 (8) 식욕부진 (9) 설사 기미 (10) 변비 기미 (11) 혈변 (12) 검은 변 (13) 체중감소

6 기호품 (1) 담배 1 피우지 않는다 2 예전에 피웠었다 3 피운다 (1일 개비 정도)
(2) 주류 1 마시지 않는다 2 마신다 (매일 가끔)

7 과거 5년 사이에 위의 검사를 받은 적이 있습니까? (내시경 검사 ・ 바륨 검사)
1 없다 2 있다 ⇒ 전화 년 월경, 검사결과 이상 없음 / 병명()

8 헬리코박터 피로리균의 제균 치료를 받은 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 3 모르겠다

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. 瘰癧 9. 褪色 2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整 3. 陥凹 7. びらん 11. その他 4. 潰瘍 8. 発赤 ()
	A구분	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 A B	所見 診断
	B구분 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 生検結果: Group (1, 2, 3, 4, 5) ・食道・十二指腸 判定: 0. i. ii. iii. iv. v.			
二次読影日	年 月 日	医師氏名		診断(数字を記入する) 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. 헤리코박터 관련胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘰癧含む) 5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん 6. 胃潰瘍(瘰癧含む) 14. 食道裂孔ヘル니아 7. 表層性·びらん性胃炎 15. 食道炎 8. 胃폴리프 16. 其他()
	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			
	再検査の必要性 1. 有 2. 無 判定: 0. I. II. III. IV. V.			
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)				

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명

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)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			

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(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:		

2019/5/1

가와사키시 위암 검진(내시경 검사) 결과표

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
------	--

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	성별	남・여	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

위암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

1. 소견 없음

이번 검진에서는 이상이 없었습니다.
앞으로도 정기적으로 검진을 받으십시오.
또한, 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.

2. 소견 있음・정밀검사(생검) 불필요

이번 검진 결과에서는 자세한 검사를 받을 필요는 없습니다.
추후에 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.

3. 정밀검사 요함(생검)

이번 검진 결과에서는 생검 또는 위 내시경 재검사에 의한 자세한 검사를 받을 필요가 있습니다.
"위암 검진 결과표", "소개장", "정밀검사 결과 보고서", "건강보험증" 등을 지참하고, 곧바로 아래에서 지정하는 의료기관에서 정밀검사를 받으십시오.
이번 검진에서 정밀검사(생검)도 동시에 진행한 경우는 이번에 검진을 받은 의료기관에서 설명을 들으십시오.
또한, 정밀검사 결과는 가와사키시와 관계 의료기관에서 공유하겠습니다.

a. 경과관찰 요함

이번 검진 결과에서는 경과를 관찰할 필요가 있습니다."위암 검진 결과표", "건강보험증"을 지참하고 이번에 검진을 받은 의료기관에서 진료를 받으십시오.

b. 치료 요함

이번 검진 결과에서는 치료가 필요합니다."위암 검진 결과표", "건강보험증" 등을 지참하고 곧바로 적절한 의료기관에서 진료를 받으십시오.

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

주의) 위암 검진은 사망률 감소 효과가 과학적으로 밝혀졌으나, 검진에서 반드시 암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다.
또한, 암이 없어도 검진 결과가 '양성'이 나오는 경우가 있습니다.

※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.

※ 위암은 일본의 암에 의한 사망원인 상위에 속해 있습니다.

앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해 정기적으로 검진을 받으십시오.

※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.

※후생노동성이 지역에서 실시하는 암 검진의 내용 등에 대해 정하는 '암 예방 중점 건강 교육 및 암 검진 실시를 위한 지침'에서는 위암 검진에 대해 50세 이상을 대상으로 2년에 1번 실시하는 것을 권장하고 있습니다. 단, 위부 엑스레이 검사에 대해서는 당분간 40세 이상을 대상으로 1년에 1회 실시해도 문제 없다고 되어 있습니다.

종합진단	1 소견 없음	2 소견 있음・정밀검사(생검) 불필요
	3 정밀검사 요함(생검) ⇒ 본 병원에서 실시 ・ 다른 병원 소개(의료기관명)	
	a 경과관찰 요함(개월)	b 치료 요함
	판정 의사명	
의사의 견해(소견)		

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다。	년 월 일	검진자 서명
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:		

2019/5/1

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。)

- 最近の月経 令和 () 年 () 月 () 日から () 日間 / 閉経した () 歳
- 妊娠回数 妊娠 () 回 分娩 () 回 3 最近の妊娠 () 歳
- 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
- 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)
- 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
- 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 () 〕
- 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 ()
- 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 ()
- 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)月経時以外での出血 (2)おりもの (ピンク色、茶色) (3)下腹部の痛み (4)その他 ()
- 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)	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)	2. ASC-US(軽度病変疑い)	5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	6. SCC(扁平上皮癌)
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

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 結果を郵送 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

가와사키시 자궁경부암 검진 신청서・기록표

※市記入欄

※ 작년도에(4월 1일~3월 31일), 가와사키시의 자궁암 검진을 받았습니까? 1 네 2 아니오

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

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	생년월일	년 월 일 (세)
------	------	------	-------------

주소 가와사키시 구 전화

문진 (다음 질문을 잘 읽고 해당하는 번호를 ○로 표시해 주십시오.)

- 최근의 월경 () 년 () 월 () 일부터 () 일간 / 폐경했다 () 세
- 임신 횟수 임신 () 회 분만 () 회 3 최근의 임신 () 세
- HPV 백신(구 명칭: 자궁경부암 예방 백신)을 접종한 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 3 모르겠다
- 부인과 계통 이외의 병에 걸린 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명 , 년 월경)
- 부인과 계통의 병에 걸린 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 (병명 , 년 월경) 또한, 다음 중에 해당하는 것이 있습니까?
(1)과거에 자궁경부암(침윤암) (2)자궁경부의 원추절제술 (3)자궁 적출 (4)현재 자궁경부의 이형성이나 세포진 이상으로 경과관찰중
- 가족 중 부인과 계통의 암에 걸린 사람이 있습니까? 1 없다 2 있다 (자궁암 난소암 유방암 누가 ())
- 흡연력 1 없다 2 있다 9 여성 호르몬제(경구 피임약 등)를 사용하고 있습니까? 1 아니오 2 네 ()
- 자궁 내 피임 장치를 사용한 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 ()
- 최근 6개월 이내에 아래와 같은 증상이 있습니까? 1 없다 2 있다
(1) 월경 시 이외의 출혈 (2) 냉(분홍색, 갈색) (3) 하복부 통증 (4) 기타 ()
- 과거 5년 사이에 자궁암 검진을 받은 적이 있습니까? 1 없다 2 있다 [전회 년 월경 1 자궁경부암 2 자궁내막암 검사결과 이상 없음 / 병명 ()]

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. サイトピック® 2. ブラシ 3. 헤라 4. その他 ()

細胞診報告	1. 適正 (判定可能)	1. NILM(陰性)	3. ASC-H(高度病變疑い)	4. LSIL(HPV感染・軽度異形成)
	2. 不適正 (判定不可能)	2. ASC-US(軽度病變疑い)	5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	6. SCC(扁平上皮癌)
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

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) → 아. 頸管포리프 ・ 이. 子宮筋腫 ・ 우. 付属器腫瘍:左・右 에. 其他 ()
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

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명

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

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ので、医療機関で受けてください。

- 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
- 直ちにHPV検査を受けてください。
- 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	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 <input type="checkbox"/>	
備考:		

가와사키시 자궁경부암 검진 결과표

※ 작년도에(4월 1일~3월 31일), 가와사키시의 자궁암 검진을 받았습니까? 1 네 2 아니오

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		

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명	가나성명	생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화	

자궁경부암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

1. 이상 없음

이번 검진 결과에서는 이상이 없었습니다. 앞으로도 2년에 1번, 정기적으로 자궁경부암 검진을 받으십시오, 또한, 자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.

2. 자궁경부암 정밀검사 요함

이번 검진 결과에서는 ○표시된 정밀검사가 필요하므로 의료기관에서 검사를 받으십시오.

- 바로 콜포스코프진 및 조직 검사를 받으십시오. ※확대경으로 관찰하는 검사
- 바로 HPV 검사를 받으십시오.
- 경과관찰이 필요하므로 6개월 후 또는 ()개월 후에 세포진에 의한 정밀검사를 받으십시오.

정밀검사에는 "자궁경부암 검진 결과표", "소개장", "정밀검사 결과 보고서", "건강보험증"을 지참해 주십시오.

또한, 정밀검사 결과는 가와사키시와 관계 의료기관에서 공유하겠습니다.

3. 정밀검사 요함 (자궁경부암 이외)

이번 검진 결과에서 다른 병의 우려가 있습니다. 자세한 검사를 할 필요가 있으니 "자궁경부암 검진 결과표", "건강보험증"을 지참하고 희망하는 의료기관에서 검사를 받으십시오.

4. 세포진 부적정으로 인해 재검사

이번 검진 결과에서는 여러 요인으로 인해 판정이 어려웠습니다. "건강보험증"을 지참하고 희망하는 의료기관에서 재검사를 받으십시오.

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

주의) 자궁경부암 검진은 사망률 및 이환율 감소 효과가 과학적으로 밝혀졌으나, 검진에서 반드시 암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다.

또한, 암이 아니더라도 검진 결과가 "양성"으로 나오는 경우가 있습니다.

※ 자궁경부암 이환은 일본 여성의 암 중에서 비교적 많으며, 최근에 증가 경향이 있습니다.

앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해 2년에 1번, 정기적으로 검진을 받으십시오.

※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.

※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.

종합진단	1. 정밀검사 불필요	
	2. 자궁경부암 정밀검사 요함 ⇒ 본 병원에서 실시 ・ 다른 병원 소개 (의료기관명) (1) 바로 콜포스코프진 및 조직 검사 (2) HPV에 의한 트리아지 (3) 6개월 후 또는 ()개월 후의 세포진	
	3. 정밀검사 요함(자궁경부암 이외) →	가. 경부 용종 ・ 나. 자궁근종 ・ 다. 부속기 종양 : 좌·우
	4. 세포진 재검사 요함(세포진 부적정으로 인한 재검사)	
의사 서명	검진 구분	1 경부암 2 경부암 + 내막암 3 경부암 + 내막암 (채취불가능)
의사의 견해		

검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다.	년 월 일	검진자 서명
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 <input type="checkbox"/>	
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。個人々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()
	細胞所見	赤血球()	白血球()	組織球()	間質細胞()	
	結果	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	
	細胞診診断	5. 内膜腺癌	6. その他			
	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 <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:			

가와사키시 자궁내막암 검진 신청서·기록표

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
한자성명		가나성명	
생년월일	년 월 일 (세)		

아래의 '자궁내막암 해당 항목'에 하나라도 해당하는 분은 첫 번째 선택으로 충분한 안전 관리 하에서 다양한 검사를 실시할 수 있는 의료기관을 방문하여 진료를 받으시기 바랍니다.
 단, 항목에 해당하는 경우 중, 체부 세포진에 대한 설명을 받았고(통증이나 출혈이 동반된다는 점 등), 계속해서 체부 세포진을 실시하는 것에 대해 본인의 동의가 있는 경우에 한하여, 자궁경부암 검진에 이어서 자궁 체부의 세포진을 받을 수 있습니다.
 또한, 자궁 체부의 세포진은 출산 경험이 없거나 제왕절개에 의한 분만의 경험만 있는 분에 대해서는 자궁구 폐쇄 등으로 인해 세포진의 실시가 어려운 경우가 있습니다.

내막암 해당 항목	내막암 검진을 실시하는 경우, 해당하는 항목에 ○표시를 해 주십시오. (가) 최근 6개월 이내에 부정 성기 출혈(일과성의 소량의 출혈, 폐경 후 출혈 등)의 증상이 있었다. (나) 최근 6개월 이내에 월경 이상(과다 월경, 불규칙 월경)의 증상이 있었다. (다) 최근 6개월 이내에 갈색 대하의 증상이 있었다. (라) 그 외에 의사가 필요하다고 인정한 경우
문진	여성 호르몬제(경구 피임약 등)를 사용하고 있습니까? 1 아니오 2 네 ()
동의서	나는 자궁경부암 검진과 함께 자궁내막암 검진을 받는 것에 동의합니다. 년 월 일 검진자 서명

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

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()
	細胞所見	赤血球()	白血球()	組織球()	間質細胞()	
	結果	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	
	細胞診診断	5. 内膜腺癌	6. その他			
	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			
검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명			
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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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 <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:			

가와사키시 자궁내막암 검진 결과표

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
한자성명		가나성명	
		생년월일	년 월 일 (세)

아래의 '자궁내막암 해당 항목'에 하나라도 해당하는 분은 첫 번째 선택으로 충분한 안전 관리 하에서 다양한 검사를 실시할 수 있는 의료기관을 방문하여 진료를 받으시기 바랍니다.

단, 항목에 해당하는 경우 중, 체부 세포진에 대한 설명을 받았고(통증이나 출혈이 동반된다는 점 등), 계속해서 체부 세포진을 실시하는 것에 대해 본인의 동의가 있는 경우에 한하여, 자궁경부암 검진에 이어서 자궁 체부의 세포진을 받을 수 있습니다.

또한, 자궁 체부의 세포진은 출산 경험이 없거나 제왕절개에 의한 분만의 경험만 있는 분에 대해서는 자궁구 폐쇄 등으로 인해 세포진의 실시가 어려운 경우가 있습니다.

내막암 해당 항목	내막암 검진을 실시하는 경우, 해당하는 항목에 ○표시를 해 주십시오. (가) 최근 6개월 이내에 부정 성기 출혈(일과성의 소량의 출혈, 폐경 후 출혈 등)의 증상이 있었다. (나) 최근 6개월 이내에 월경 이상(과다 월경, 불규칙 월경)의 증상이 있었다. (다) 최근 6개월 이내에 갈색 대하의 증상이 있었다. (라) 그 외에 의사가 필요하다고 인정한 경우
문진	여성 호르몬제(경구 피임약 등)를 사용하고 있습니까? 1 아니오 2 네 ()
동의서	나는 자궁경부암 검진과 함께 자궁내막암 검진을 받는 것에 동의합니다. 년 월 일 검진자 서명

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

자궁내막암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

- 이상 없음
이번 검진 결과에서는 이상이 없었습니다.
자각증상 등이 있으면 가까운 의료기관을 방문해 주십시오.
- 경과관찰
이번 검진 결과에서는 경과를 관찰할 필요가 있습니다.
(3, 6, 12)개월 후에 "자궁내막암 검진 결과표", "건강보험증"을 지참하고 이번에 검진을 받은 의료기관을 방문해 주십시오.
- 재검사 요함
이번 검진 결과에서는 재검사를 할 필요가 있습니다.
"자궁내막암 검진 결과표", "건강보험증"을 지참하고 바로 적절한 의료기관을 방문해 주십시오.
- 정밀검사 요함
이번 검진 결과에서는 정밀검사를 할 필요가 있습니다.
"자궁내막암 검진 결과표", "정밀검사 결과 보고서", "건강보험증"을 지참하고 빠른 시일 내에 아래의 의료기관을 방문해 주십시오.
- 판정 불가
이번 검진 결과에서는 여러 요인으로 판정하기 어려웠습니다.
"건강보험증"을 지참하고 희망하는 의료기관에서 재검사를 받으십시오.

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

- ※ 앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해 정기적으로 검진을 받으십시오.
- ※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.
- ※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.

종합진단	1. 정상범위	2. 경과관찰	3. 재검사 요함
	4. 정밀검사 요함 ⇒ 본 병원에서 실시・다른 병원 소개(의료기관명)	5. 판정불가	
의사 서명			
의사의 견해			
검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명			
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)

가와사키시 유방암 검진 신청서・기록표

※ 작년도에 가와사키시의 유방암 검진을 받았습니까? 1. 네 2. 아니오

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

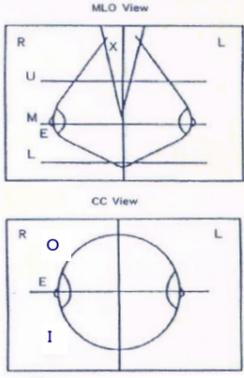
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 子宮がん
------	---

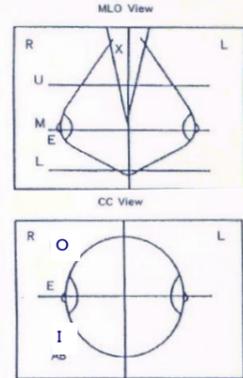
검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

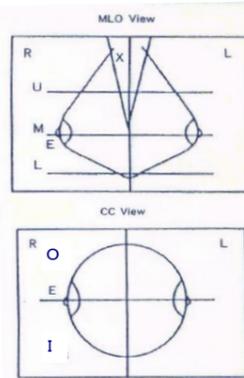
한자성명		가나성명		생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

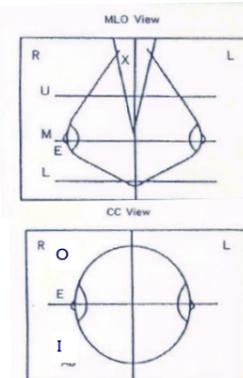
다음 질문을 잘 읽고 해당하는 번호를 ○로 표시해 주십시오.

1. 기왕력 및 가족력		
(1) 유방암 검진을 받은 적이 있습니까?	1. 처음이다	2. 받은 적이 있다 (전회 년 월경)
(2) 유방의 병에 걸린 적이 있습니까?	1. 없다	2. 있다 (세 때 : 병명)
(3) 가족(혈연) 중에 '유방암'에 걸린 사람이 있습니까?	1. 없다	2. 있다 (관계)
2. 월경 및 임신 등에 관해		
(1) 폐경에 대해	1. 폐경 전	2. 폐경 후 (세 때 폐경)
폐경 전인 분께 질문합니다. 최근의 월경은 언제입니까?	(월 일부터 일간)	
(2) 임신, 출산한 적이 있습니까?	1. 없다	2. 있다 (임신 회・분만 회)
3. 현재의 증상		
(1) 유방의 셀프 체크를 하고 있습니까?	1. 하고 있지 않다	2. 하고 있다 (년 정도 전부터)
(2) 유방에 통증이 있습니까?	1. 없다	2. 있다 (우・좌)
(3) 유방에 응어리가 있습니까?	1. 없다	2. 있다 (우・좌)
(4) 유방, 유두의 변형이 있습니까?	1. 없다	2. 있다 (우・좌)
(5) 유두에서 출혈이 있거나 유즙, 침출액이 나오니까?	1. 없다	2. 있다 (우・좌)

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)	
	<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) 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) 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. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</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>
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)

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)	
	<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) 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) 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. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</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>
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
	<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) 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) 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. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</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>
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 <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:

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
	<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) 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) 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. なし 2. あり(以下ア～ウのいずれかを記入)</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>
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 ()
검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 年 月 日 검진자 서명	
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。個々人の検診情報が漏れることはありません。

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

乳がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○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場所がありましたら、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、検診で必ずがんが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。

가와사키시 유방암 검진 결과표

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
------	---

검진 받는 분의 검진 정보를 검진의 정도 관리, 암 연구 등의 목적을 위해 사용하는 경우가 있습니다. 개인의 검진 정보가 유출되는 일은 없습니다.

한자성명		가나성명		생년월일	년 월 일 (세)
주소	가와사키시 구	전화			

유방암 검진 결과 안내

검진 결과를 다음과 같이 알려 드립니다. ○표시가 해당 항목입니다.

1. 정밀검사 불필요

이번 검진 결과에서는 자세한 검사를 할 필요는 없습니다.

앞으로도 2년에 1번, 정기적으로 검진을 받으십시오.

단, 유방촬영술로 모든 유방암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다. 유방에 응어리 등 신경 쓰이는 점이 있다면 다음 검진까지 기다리지 말고 정밀검사를 받으십시오.

또한, 유방의 구성이 '불균일 고밀도', '매우 고밀도'인 분은 다른 사람에 비해 유방암을 발견하기 어려운 경향이 있습니다. 이 결과표 오른쪽에 '유방의 구성'란이 있으니 '불균일 고밀도'나 '매우 고밀도'에 ○표시가 되어 있지 않은지 확인해 주십시오.

2. 정밀검사 요함

이번 검진 결과에서는 더욱 자세한 검사를 할 필요가 있습니다.

※정밀검사는 유방촬영술 추가 촬영이나 초음파 검사, 세침 흡인 세포진(주사기로 세포를 채취하여

현미경으로 관찰하는 검사), 바늘 생검(환부의 일부를 잘라내는 조직 검사) 등을 실시할 필요가 있습니다.

"유방암 검진 결과표", "소개장", "정밀검사 결과 보고서", "건강보험증"을 지참하고 빠른 시일 내에 오른쪽

아래칸의 '정밀검사 실시 의료기관'에서 검사를 받으십시오.

또한, 정밀검사 결과는 가와사키시와 관계 의료기관에서 공유하겠습니다.

이후의 검사나 진료는 보험 진료이므로, 반드시 건강보험증을 지참해 주십시오.

주의) 유방암 검진은 사망률 감소 효과가 과학적으로 밝혀졌으나, 검진에서 반드시 암을 발견할 수 있는 것은 아닙니다. 또한, 암이 없어도 검진 결과가 '양성'으로 나오는 경우가 있습니다.

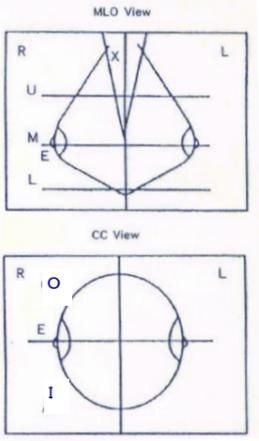
※ 궁금한 점이 있으면 이번에 검진을 받은 의료기관에 문의해 주십시오.

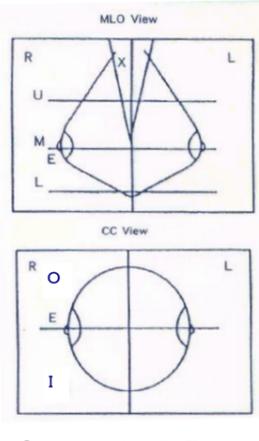
※ 유방암은 일본의 암에 의한 사망원인 상위에 속해 있습니다.

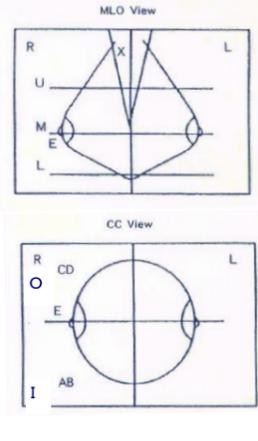
앞으로도 자신의 건강을 지키기 위해 2년에 1번, 정기적으로 검진을 받으십시오.

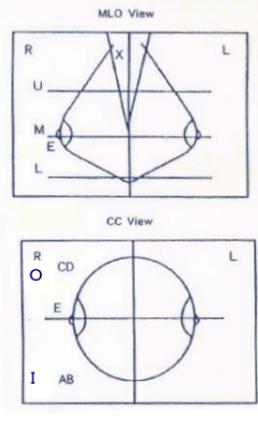
※ 이 검진 결과표는 건강 관리를 위해 반드시 보관하고 다음 검진 시에 지참해 주십시오.

※ 별도 첨부한 팸플릿을 보면서 유방암 셀프 체크를 해 주십시오.

マンモグラフィ検診記録票(一次読影)	
	<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) 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 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</p> <p>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)</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) 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 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 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見</p>
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
	<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) 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 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</p> <p>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)</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) 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 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 イ) 皮膚の所見 ウ) リンパ節の所見</p>
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:	

유방촬영술 검진 기록표(1차 판독)	
	<p>① 흑 1. 없음 2. 있음 (아래 가~라까지 기입)</p> <p>가) 부위 우 MLO (U M L E X W) (중복 체크 가능) CC (I O E W) 좌 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p> <p>나) 형상 1. 원형/타원형 2. 다각형 3. 분엽 형태 4. 부정형 다) 변연 1. 경계 명료 2. 미세 분엽 형태 3. 경계 불명료 4. 침상 5. 평가 불가 라) 밀도 1. 함지방 2. 저밀도 3. 등밀도 4. 고밀도</p> <p>② 석회화 1. 없음 2. 분명한 양성 3. 양악성 식별 필요(아래 가~다까지 기입)</p> <p>가) 부위 우 MLO (U M L E X W) (중복 체크 가능) CC (I O E W) 좌 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p> <p>나) 형태 1. 미소원형 2. 불명료 3. 다형성 4. 미세 선상 분기 형태 다) 분포 1. 산재성 2. 영역성 3. 집속성 4. 선상 5. 구역성</p> <p>③ 기타 소견</p> <p>가) 유선 실질 소견 나) 피부 소견 다) 림프절 소견</p>
1차 판독(카테고리 분류)	1. 이상 없음 2. 양성 3. 악성을 부정할 수 없음 4. 악성 의심 5. 악성
판독의사명	분명한 양의 소견이 있음 ⇒ 치료 요함 (○표시를 해 주십시오)

판독판정회 기록표(유방촬영술 2차 판독)	
2차 판독 년월일	레이와 년 월 일
필름 평가	1. 판독 가능 2. 판독 불가능 (우유방・좌우방・양유방) ↳ (이유: 1. 신체 동작 2. 촬영조건 불량 3. 포지셔닝 불량 4. 촬영 부적당 5. 기타)
유방의 구성	[지방성, 유선 산재, 불균일 고밀도, 매우 고밀도] 가슴 성형 후
	<p>① 흑 1. 없음 2. 있음 (아래 가~라까지 기입)</p> <p>가) 부위 우 MLO (U M L E X W) (중복 체크 가능) CC (I O E W) 좌 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p> <p>나) 형상 1. 원형/타원형 2. 다각형 3. 분엽 형태 4. 부정형 다) 변연 1. 경계 명료 2. 미세 분엽 형태 3. 경계 불명료 4. 침상 5. 평가 불가 라) 밀도 1. 함지방 2. 저밀도 3. 등밀도 4. 고밀도</p> <p>② 석회화 1. 없음 2. 분명한 양성 3. 양악성 식별 필요(아래 가~다까지 기입)</p> <p>가) 부위 우 MLO (U M L E X W) (중복 체크 가능) CC (I O E W) 좌 MLO (U M L E X W) CC (I O E W)</p> <p>나) 형태 1. 미소원형 2. 불명료 3. 다형성 4. 미세 선상 분기 형태 다) 분포 1. 산재성 2. 영역성 3. 집속성 4. 선상 5. 구역성</p> <p>③ 기타 소견</p> <p>가) 유선 실질 소견 나) 피부 소견 다) 림프절 소견</p>
2차 판독 판정(카테고리 분류)	1. 이상 없음 2. 양성 3. 악성을 부정할 수 없음 4. 악성 의심 5. 악성
종합진단	1. 정밀검사 불필요 2. 정밀검사 요함 판독의사명
2차 판독의 견해	
정밀검사 실시의료기관	1. 본 병원에서 실시 ・ 2. 다른 병원 소개 (의료기관명)
검진 결과에 대해 설명과 지도를 받았습니다. 년 월 일 검진자 서명	
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 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	
----	-------	----	--

↓ 該当数字を○で囲んでください

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

가와사키시 골다공증 검진 신청서・기록표

40세・45세・50세・55세・60세・65세・70세

※ 검진을 받는 분께: 굵은 테두리 안을 진하게 기입해 주십시오.

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

한자성명		가나성명		여	년 월 일생
------	--	------	--	---	--------

주소	가와사키시 구	전화	
----	---------	----	--

↓ 該当数字を○で囲んでください

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			

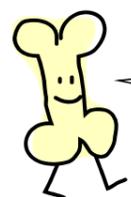
骨粗しょう症検診	検査方法	1 DXA法による腰椎測定
		2 MD法・SXA法等による測定 ()
		3 超音波法による測定
	測定部位 ()	測定結果数値 ()
	所 見	1. 異常なし 2. 要指導 3. 要精密検査
	判定医師名	

あなたの骨は大丈夫ですか?

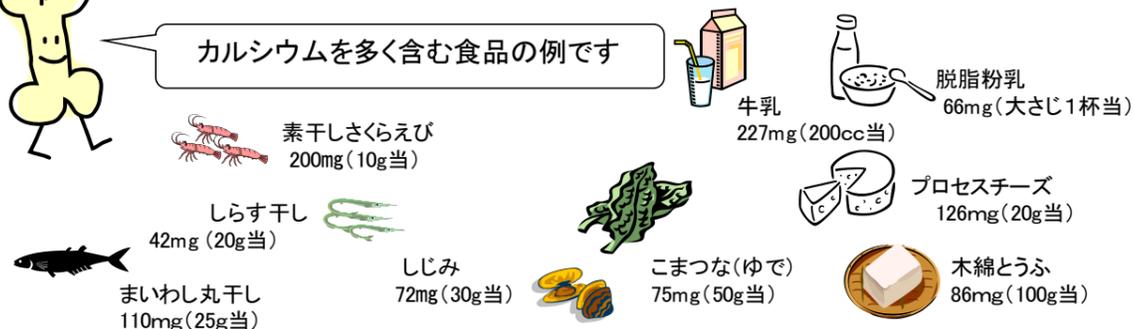
<骨おり損にならないために>

骨粗しょう症予防のポイント

- 食 事・・・カルシウムをしっかりとり。ビタミン類を多く含む食品を積極的に食べる。
- 運 動・・・適度な運動を毎日継続する。例)1日30分~1時間歩く。
- 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



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。

■ ビタミンDを多く含むもの ■



가와사키시 골다공증 검진 결과표

□40세・□45세・□50세・□55세・□60세・□65세・□70세

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

한자성명		가나성명		여	년 월 일생
주소	가와사키시 구	전화			

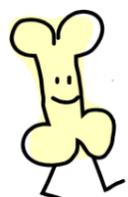
골다공증	검사방법	1 DXA법에 의한 요추 측정
		2 MD법・SXA법 등에 의한 측정 ()
		3 초음파법에 의한 측정
	측정 부위 ()	측정 결과 수치 ()
검진	소견	1. 이상 없음 2. 지도 요함 3. 정밀검사 요함
	판정의사명	

당신의 뼈는 괜찮습니까?

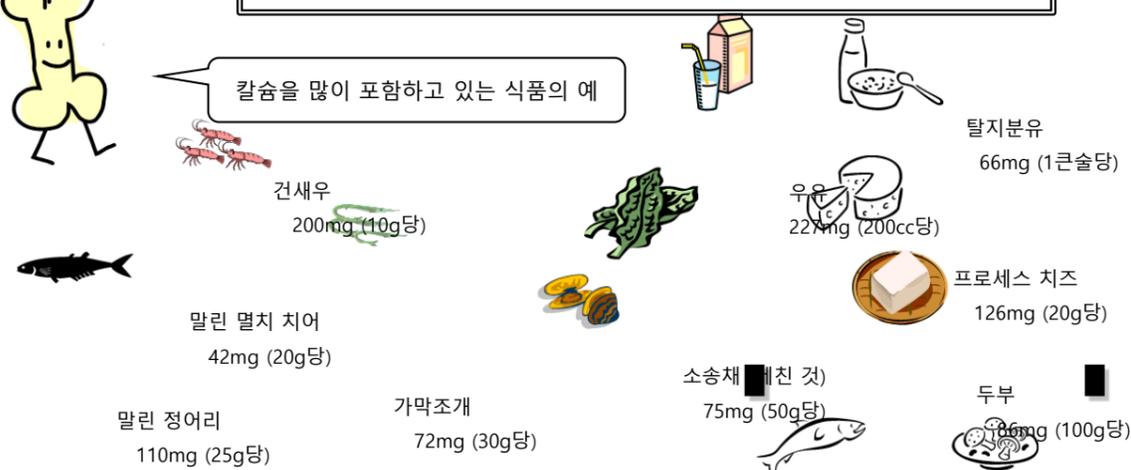
<뼈를 튼튼하게 하기 위해>

골다공증 예방의 포인트

- 식사・・・칼슘을 많이 섭취한다. 비타민류를 많이 포함하는 식품을 적극적으로 먹는다.
- 운동・・・적당한 운동을 매일 한다. 예) 1일 30분~1시간 걷기
- 일광욕・・・1일 30분~1시간 정도 나무 그늘에서 일광욕을 한다.



칼슘을 많이 포함하고 있는 식품의 예



몸 속에 칼슘이 부족하면 골량이 감소합니다. 칼슘 권장 섭취량은 1일 약 650mg~700mg입니다. 칼슘의 흡수를 높이기 위해서는 비타민D를 포함한 식품을 섭취합니다.

비타민D를 많이 포함하는 것

