

## 川崎市肺がん検診申込書・記録票

※市記入欄

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診		

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

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

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 肺がん検診を受けたことがありますか 1 ない 2 ある ( 前回 年 月頃、検査結果 異常なし/病名( ) )
2 血縁者が「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)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 ( ) 1 ない 2 ある 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	再採取日 月 日～ 月 日	
	3 すすめたが痰が取れなかった				再提出日 月 日～ 月 日	A B C D E

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

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

## Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer de pulmón de la ciudad de Kawasaki

※市記入欄

• A quienes van a recibir el examen: Escriba con firmeza dentro del marco grueso.

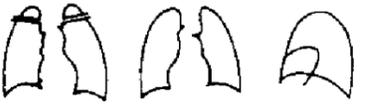
受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上
同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診		

• Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Género	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki				Teléfono		

Lea atentamente las siguientes preguntas y encierre el número correspondiente con un círculo.

1 ¿Ha recibido alguna vez un examen de detección del cáncer de pulmón? 1 No 2 Sí ( Resultado del último examen del año: _____ mes: _____ (aprox.). Sin anomalías / Nombre de la enfermedad ( ) )
2 ¿Algún familiar consanguíneo padeció "cáncer"? Indique en qué parte del cuerpo entre paréntesis. 1 No 2 Sí (1) Padre o madre ( ) (2) Hermanos y hermanas ( ) (3) Tía / Tío ( )
3 ¿Alguna vez ha tenido la siguiente enfermedad? (1) Cáncer de pulmón (2) Neumonía (3) Tuberculosis pulmonar (4) Fibrosis pulmonar (5) Enfisema (6) Otras enfermedades pulmonares ( ) Cuándo ⇒ (año: _____ mes: _____)
4 ¿Fue sometido alguna vez a una cirugía torácica? 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: )
5 ¿Tiene alguna enfermedad actualmente en tratamiento? 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: )
6 ¿Tuvo algunos de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses? (1) Tos (2) Flema (3) Flema sanguinolenta (4) Dolor de pecho y/o espalda (5) Pérdida de peso
7 Sobre preferencias Cigarrillo 1 Nunca he fumado 2 Fumé en el pasado, ( ) cigarrillos por día por ( ) años, hasta hace ( ) años 3 Fumo ( ) cigarrillos por día, por ( ) años
8 Entorno ocupacional (1) Relacionado a amianto (asbesto) (2) Otros ( )
9 ¿Es posible que esté embarazada? (Solo para mujeres) 1 No 2 Sí

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	再採取日 月 日～ 月 日	
	3 すすめたが痰が取れなかった				再提出日 月 日～ 月 日	A B C D E

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

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen
Año: mes: día: Firma del examinado
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。

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。今後ご自身の健康を守るために、

年1回は検診をお受けください。

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

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

※ がんの予防のためには、たばこを吸わないことが重要です。特に肺がんは喫煙との関連が強く、

また、たばこを吸う本人だけでなく、まわりの人にも健康被害を引き起こします。

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 ・ (2) 他院を紹介(医療機関名 )
	判定医師名
医師のコメント（所見）	

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

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

備考:

2020/4/1

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de pulmón de la ciudad de Kawasaki

• A quienes van a recibir el examen: Escriba con firmeza dentro del marco grueso.

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		

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Género	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki				Teléfono		

## Aviso del resultado de examen de detección de cáncer de pulmón

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

## 1.Sin hallazgos

No se observan anomalías en este examen de detección.

Por favor, continúe realizando (anualmente) el examen de detección con regularidad.

Además, si tiene algún síntoma subjetivo, consulte a su médico en la institución médica más cercana.

## 2.Con hallazgos pero sin necesidad de examen profundo

Por los resultados de este examen, por ahora no es necesario realizar un examen profundo.

Si observa algún síntoma subjetivo en el futuro, consulte a su médico en la institución médica más cercana.

## 3. Requiere un examen profundo (que no es para el cáncer de pulmón)

Por los resultados de este examen de detección, se sospecha la presencia de otras enfermedades.

Como hay necesidad de realizar un examen más profundo, consulte en la institución médica que desee, llevando la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de pulmón” y la “Tarjeta de seguro de salud”.

## 4. Requiere un examen profundo

Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un examen más profundo por examen de TC \*1 o por broncoscopia \*2.

Concurra cuanto antes a la institución médica indicada abajo que realiza un examen profundo, llevando esta “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de pulmón”, la “Carta de referencia”, el “Informe de resultados del examen profundo”, la “Tarjeta de seguro de salud” y demás.

Por otro lado, los resultados del examen profundo serán compartidos con la ciudad de Kawasaki y las instituciones médicas relacionadas.

\*1 Examen donde se toma la imagen del interior del cuerpo (sección transversal) utilizando rayos X

\*2 Examen para observar la mucosa bronquial usando un endoscopio y extraer muestras de lesiones

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

Nota) Se reconoce científicamente que el examen de detección del cáncer del pulmón tiene el efecto de reducir la mortalidad, pero no significa que siempre se puede detectar el cáncer con el examen de detección.

Por otro lado, el examen de detección puede resultar en “positivo” aunque no tenga cáncer.

\* El cáncer de pulmón es una de las primeras causas de muerte por cáncer en Japón.

Para proteger su propia salud de ahora en más, realice anualmente el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

\* En la prevención del cáncer, es importante no fumar. Especialmente el tabaquismo se asocia fuertemente con el cáncer de pulmón.

Además, daña la salud no solo de la propia persona que fuma, también afecta a las personas que lo rodean.

Diagnóstico general	1 Sin hallazgos o sin necesidad de examen profundo - 2 Con hallazgos pero sin necesidad de examen profundo
	- 3 Requiere un examen profundo (que no es para cáncer de pulmón) - 4 Requiere un examen profundo → (1) Realizar en la propia clínica (2) Recomendar otra clínica (Nombre de la institución médica: _____)
	Nombre del médico responsable del diagnóstico:
Comentarios del médico (hallazgos)	

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen

Año: mes: día: Firma del examinado

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

備考:

2020/4/1

## 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	<input type="checkbox"/> 特定健診	<input type="checkbox"/> 肺がん
------	-------------------------------	------------------------------

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

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

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

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		
		(2)検査結果	(イ)異常なし	(ロ)異常あり	病名( )		

免疫学的便潜血検査			
検査方法	1回目	2回目	判定
1. ラテックス法	1. 陰性	1. 陰性	1. 陰性
2. R-PHA法	2. 陽性	2. 陽性	2. 陽性
3. その他	3. 検体不良	3. 検体不良	3. 検体不良
総合判定	1 異常なし・精密検査不要		
	2 要精密検査 ⇒ (1)自院で実施 (2)他院を紹介(医療機関名 )		
	判定医師名		
医師のコメント			

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

## Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer cáncer de colon de la ciudad de Kawasaki

※市記入欄

• A quienes van a recibir el examen: Escriba con firmeza dentro del marco grueso.

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

• Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Género	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki					Teléfono	

Lea atentamente las siguientes preguntas y encierre el número correspondiente con un círculo.

1 ¿Algún familiar consanguíneo padeció "cáncer"? Indique en qué parte del cuerpo entre paréntesis.							
1	No	2	Sí	(1)	Padre o madre ( )	(2)	Hermanos y hermanas ( )
				(3)	Tío / Tía ( )		
2 ¿Alguna vez ha tenido la siguiente enfermedad?							
		1	No	2	Sí		
(1)	Enfermedades del estómago, duodeno y esófago (Úlcera gástrica - Pólipos - Otros )			Cuándo ⇒ (año: _____ mes: _____)(aprox.)			
(2)	Enfermedades colorrectales (Pólipos - Úlcera - Divertícula - Colitis - Tumor - Otros)			Cuándo ⇒ (año: _____ mes: _____)(aprox.)			
(3)	Enfermedades del ano (Hemorroides - Fístula anal - Hemorroides sangrante - Otros )			Cuándo ⇒ (año: _____ mes: _____)(aprox.)			
3 ¿Fue sometido alguna vez a una cirugía abdominal?							
		1	No	2	Sí (Nombre de la enfermedad: )		
4 ¿Tiene alguna enfermedad actualmente en tratamiento?							
		1	No	2	Sí (Nombre de la enfermedad: )		
5 ¿Cómo le está yendo de cuerpo en los últimos 6 meses?							
(1)	Diarrea frecuente	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
(2)	Estreñimiento frecuente	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
(3)	Estreñimiento y diarrea reiterada	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
(4)	Heces delgadas	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
(5)	Viene acompañado con mucosidad	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
(6)	Hay sangre mezclada en las heces	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
(7)	Heces negras	1	No	2	Sí (siempre - a veces - casi nunca)		
6 ¿Ha variado recientemente su peso corporal?							
		1	Sin cambios	2	Aumentó	3	Disminuyó ( kg)
7 ¿Se ha hecho algún examen colorrectal en los últimos 5 años?							
		1	No	2	Sí	{	
		La última vez fue en el año: _____ mes: _____ (aprox.) Lugar: ( _____ )					
		(1) Método del examen	(a) Radiografía del colon	(b) Endoscopia	(c) Examen de heces		
		(2) Resultados del examen	(a) Sin anomalías	(b) Con anomalía. Nombre de la enfermedad ( )			

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			

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen		Firma del examinado
Año: mes: día:		
医師記載欄	来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:		

## 川崎市大腸がん検診結果票

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。検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。

また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

※ 大腸がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。

今後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 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 <input type="checkbox"/>	
備考:		

2019/5/1

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de colon de la ciudad de Kawasaki

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
------	--

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Sexo	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki				Teléfono		

## Aviso del resultado de examen de detección de cáncer de colon

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

## 1. Sin anomalías

No se observan hallazgos anormales en el examen de detección de sangre oculta en heces.

Por favor, continúe realizando anualmente el examen de detección con regularidad.

\* Incluso si existe un cáncer colorrectal, no siempre el resultado del examen da positivo.

Si tiene síntomas como evacuación con sangre, tránsito intestinal anormal, etc., consulte a una institución médica lo antes posible.

## 2. Requiere un examen profundo

Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un examen más profundo.

Concurra cuanto antes a la institución médica indicada abajo para un examen profundo, llevando esta “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer colorrectal”, la “Carta de referencia”, el “Informe de resultados del examen profundo”, la “Tarjeta de seguro de salud” y demás.

\*No todas las personas resultan enfermos y muchas personas que no tienen anomalías.

Además, también puede encontrar enfermedades distintas del cáncer, así que asegúrese de recibir un examen profundo.

\* Para el examen profundo, la colonoscopia total es la primera opción. Por otro lado, si la colonoscopia total es difícil, la sigmoidoscopia combinada con la radiografía por enema es la segunda mejor opción.

No es apropiado volver a realizar el examen de sangre oculta en heces.

Por otro lado, los resultados del examen profundo serán compartidos con la ciudad de Kawasaki y las instituciones médicas relacionadas.

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

(Nota) Se reconoce científicamente que el examen de detección del cáncer de colon tiene el efecto de reducir la mortalidad, pero no significa que siempre se puede detectar el cáncer con el examen de detección.

Por otro lado, el examen de detección puede resultar en “positivo” aunque no tenga cáncer.

\* El cáncer de colon es una de las primeras causas de muerte por cáncer en Japón.

Para proteger su propia salud de ahora en más, realice anualmente el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

Diagnóstico general	1 Sin hallazgos o sin necesidad de examen profundo	
	2 Requiere un examen profundo → (1) Realizar en la propia clínica (2) Recomendar otra clínica (Nombre de la institución médica: ( )	
	Nombre del médico responsable del diagnóstico:	
Comentarios del médico		

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen			
Año:	mes:	día:	Firma del examinado
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:			

2019/5/1

※市記入欄

# 川崎市胃がん検診(エックス線検査)申込書・記録票

※ 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：本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 血縁者が「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 いらない 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	F 穹隆部 U 体部上部	部位区分 A B	所見 診断
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		所見区分 (数字を記入する)
A区分	E 食道部 I 胃角	F 穹隆部 U 体部上部	部位区分 A B	所見 診断
B区分	1. 小弯側 3. 後壁	2. 前壁 4. 大弯側	判定	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 <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

# Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer gástrico (examen radiográfico) de la ciudad de Kawasaki

\* ¿Se le realizó un examen de cáncer gástrico (endoscopia) de la ciudad de Kawasaki durante el año fiscal anterior (1 de abril a 31 de marzo del año siguiente)?  
 1 Sí 2 No

• A quienes van a recibir el examen: Escriba con firmeza dentro del marco grueso.

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

• Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Sexo	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki				Teléfono		

Lea atentamente las siguientes preguntas y encierre el número correspondiente con un círculo.

1 ¿Algún familiar consanguíneo padeció "cáncer"? Indique en qué parte del cuerpo entre paréntesis.  
 1 No - 2 Sí ⇒ (1) Padre y madre ( ) (2) Hermanos y hermanas ( ) (3) Tíos y tías ( )

2 ¿Alguna vez ha tenido la siguiente enfermedad? 1 No 2 Sí  
 (1) Úlcera gástrica - (2) Úlcera duodenal - (3) Obstrucción intestinal - (4) Pólipos gástricos - (5) Calambre estomacal - (6) Gastritis crónica -  
 (7) Cáncer gástrico (8) Otras enfermedades gastrointestinales ( ) Cuando ⇒ (año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_)

3 ¿Fue sometido alguna vez a una cirugía abdominal? 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: )

4 ¿Tiene alguna enfermedad actualmente en tratamiento? 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: )

5 ¿Tiene algunos de los siguientes síntomas? 1 No 2 Sí  
 (1) Dolor estomacal - (2) Sensación atragantarse - (3) Indigestión o pesadez gástrica (4) Acidez gástrica, eructos - (5) Distensión gástrica - (6) Náuseas, vómitos -  
 (7) Mal aspecto - (8) Falta de apetito - (9) Diarrea - (10) Estreñimiento - (11) Heces sanguinolentas - (12) Heces negras - (13) Pérdida de peso

6 Preferencias (1) Cigarrillos 1 No fumo - 2 Fumé en el pasado - 3 Fumo (alrededor de \_\_\_\_\_ cigarrillos por día)  
 (2) Bebidas alcohólicas 1 No bebo 2 Bebo (Diariamente - A veces)

7 ¿Está embarazada actualmente? 1 Estoy embarazada 2 No estoy embarazada

8 ¿Se ha hecho algún examen gástrico en los últimos 5 años? (Examen por endoscopia - Examen con bario)  
 1 No - 2 Sí. Resultado del último examen del año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ (aprox.). Sin anomalías / Nombre de la enfermedad ( )

9 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico de Helicobacter pylori?  
 1 No 2 Sí 3 No sé

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	F 穹隆部 U 体部上部	部位区分 A B	所見 診断
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		所見区分 (数字を記入する)
A区分	E 食道部 I 胃角	F 穹隆部 U 体部上部	部位区分 A B	所見 診断
B区分	1. 小弯側 3. 後壁	2. 前壁 4. 大弯側	判定	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)		

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen	Año: mes: día: Firma del examinado
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)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。

※ 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:	

2020/4/1

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer gástrico (examen radiográfico) de la ciudad de Kawasaki

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
------	--

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Género	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki				Teléfono		

## Aviso del resultado de examen de detección de cáncer gástrico

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

## 1. Sin hallazgos o sin necesidad de examen profundo

No se observan anomalías en este examen de detección.

Por favor, continúe recibiendo regularmente el examen de detección.

Además, si tiene algún síntoma subjetivo, consulte a su médico en la institución médica más cercana.

## 2. Con hallazgos pero sin necesidad de examen profundo

Por los resultados de este examen, por ahora no es necesario realizar un examen profundo.

Si observa algún síntoma subjetivo en el futuro, consulte a su médico en la institución médica más cercana.

## 3. Requiere un examen profundo

Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un examen más profundo por endoscopia gástrica.

Concurra cuanto antes a la institución médica indicada abajo para un examen profundo, llevando esta “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer gástrico”, la “Carta de referencia”, el “Informe de resultados del examen profundo”, la “Tarjeta de seguro de salud” y demás.

Por otro lado, los resultados del examen profundo serán compartidos con la ciudad de Kawasaki y las instituciones médicas relacionadas.

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

Nota) Se reconoce científicamente que el examen de detección del cáncer gástrico tiene el efecto de reducir la mortalidad, pero no significa que siempre se puede detectar el cáncer con el examen de detección.

Por otro lado, el examen de detección puede resultar en “positivo” aunque no tenga cáncer.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

\* El cáncer gástrico es una de las primeras causas de muerte por cáncer en Japón.

Para proteger su propia salud de ahora en más, realice periódicamente el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* En las "Directrices para la Educación Prioritaria en Salud para la Prevención del Cáncer y para la Realización del Examen de Detección del Cáncer", donde el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar establece el contenido y demás para los exámenes de detección de cáncer que realizan los municipios, se recomienda que las personas de 50 años o más, las realicen 1 vez cada 2 años. Sin embargo, para los exámenes gástricos de rayos X, por el momento no hay problemas que las personas de 40 años o más las realicen anualmente.

Diagnóstico general	1 Sin hallazgos o sin necesidad de un examen profundo - 2 Con hallazgos pero sin necesidad de un examen profundo - 3 Requiere un examen profundo	
	→ Realizar en la propia clínica - Recomendar otra clínica (Nombre de la institución médica: )	
	Nombre del médico responsable del diagnóstico:	
Comentarios del médico (hallazgos)		

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen	Año: mes: día: Firma del examinado
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:	

2020/4/1

※市記入欄

## 川崎市胃がん検診（内視鏡検査）申込書・記録票

※ 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( ) いくつか⇒( 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 )

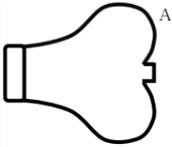
**4 現在治療中の病気はありますか** 1 ない 2 ある (病名 )

**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. 癒痕 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 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.	部位区分 A B	所見	診断	
	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(癒痕含む) 5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん 6. 胃潰瘍(癒痕含む) 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( )			
二次読影日	年 月 日	医師氏名		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:

※市記入欄

## Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer gástrico (endoscopia) de la ciudad de Kawasaki

\* ¿Se le realizó un examen de cáncer gástrico (endoscopia) de la ciudad de Kawasaki durante el año fiscal anterior (1 de abril a 31 de marzo del año siguiente)?  
 1 Sí 2 No

• A quienes van a recibir el examen: Escriba con firmeza dentro del marco grueso.

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

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji	Nombre en fonética	Género	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki		Teléfono		

Lea atentamente las siguientes preguntas y responda encerrando el número correspondiente con un círculo.

**1 ¿Algún familiar consanguíneo padeció “cáncer”? Indique en qué parte del cuerpo entre paréntesis.**  
 1 No - 2 Sí ⇒ (1) Padre y madre ( ) (2) Hermanos y hermanas ( ) (3) Tíos y tías ( )

**2 ¿Alguna vez ha tenido la siguiente enfermedad gastrointestinal?**  
 (1) Úlcera gástrica - (2) Úlcera duodenal - (3) Obstrucción intestinal - (4) Pólipo gástrico - (5) Calambre estomacal - (6) Gastritis crónica - (7) Cáncer gástrico (8) Otras enfermedades gastrointestinales ( ) Cuando ⇒ (año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_)

**3 ¿Es alérgico a medicamentos?** 1 No 2 Sí (Nombre del medicamento: ) (Tuvo o no un shock por lidocaína: 1 No - 2 Sí)

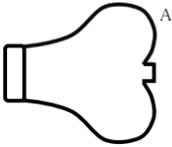
**4 ¿Tiene alguna enfermedad actualmente en tratamiento?** 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: )

**5 ¿Tiene algunos de los siguientes síntomas?** 1 No 2 Sí  
 (1) Dolor estomacal - (2) Sensación atragantarse - (3) Indigestión o pesadez gástrica (4) Acidez gástrico, eructos - (5) Distensión gástrica - (6) Náuseas, vómitos - (7) Mal aspecto - (8) Falta de apetito - (9) Diarrea - (10) Estreñimiento - (11) Heces sanguinolentas - (12) Heces negras - (13) Pérdida de peso

**6 Preferencias** (1) Cigarrillos 1 No fumo - 2 Fumé en el pasado - 3 Fumo (alrededor de \_\_\_\_\_ cigarrillos por día) (2) Bebidas alcohólicas 1 No bebo 2 Bebo (Diariamente - A veces)

**7 ¿Se ha hecho algún examen gástrico en los últimos 5 años?** (Examen por endoscopia - Examen con bario)  
 1 No - 2 Sí. Resultado del último examen del año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ (aprox.). Sin anomalías / Nombre de la enfermedad ( )

**8 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico de Helicobacter pylori?** 1 No 2 Sí 1 No sé

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. 癒痕 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 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.	部位区分 A B	所見	診断	
	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(癒痕含む) 5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん 6. 胃潰瘍(癒痕含む) 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( )			
二次読影日	年 月 日	医師氏名		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)				

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen

Año: mes: día: Firma del examinado

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。

<p><b>1. 所見なし</b> 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。</p> <p><b>2. 所見あり・精密検査(生検)不要</b> 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。</p> <p><b>3. 要精密検査(生検)</b> 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。</p>
--

<p><b>a. 要経過観察</b> 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。</p> <p><b>b. 要治療</b> 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。</p>
---

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。

※ 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 <input type="checkbox"/>	
備考:		

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer gástrico (endoscopia) de la ciudad de Kawasaki

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		

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Género	Hombre / Mujer	Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki			Teléfono			

## Aviso del resultado de examen de detección de cáncer gástrico

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

<p><b>1. Sin hallazgos</b> No se observan anomalías en este examen de detección. Por favor, continúe recibiendo regularmente el examen de detección. Además, si tiene algún síntoma subjetivo, consulte a su médico en la institución médica más cercana.</p> <p><b>2. Con hallazgos pero sin necesidad de examen profundo (biopsia)</b> Por los resultados de este examen, por ahora no es necesario realizar un examen profundo. Si observa algún síntoma subjetivo en el futuro, consulte a su médico en la institución médica más cercana.</p> <p><b>3. Requiere un examen profundo (biopsia)</b> Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un examen más profundo, realizando un nuevo examen por biopsia o por endoscopia gástrica. Concurra cuanto antes a la institución médica indicada abajo para un examen profundo, llevando la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer gástrico”, la “Carta de recomendación”, el “Informe de resultados del examen profundo”, la “Tarjeta de seguro de salud” y demás. Si realizó un examen profundo (biopsia) junto a este examen de detección, por favor solicite las explicaciones en la institución médica donde realizó la consulta médica. Por otro lado, los resultados del examen profundo serán compartidos con la ciudad de Kawasaki y las instituciones médicas relacionadas.</p>
---

<p><b>a. Requiere seguimiento</b> Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un seguimiento. Por favor, realice una consulta en la institución médica donde realizó el examen, llevando la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer gástrico” y la “Tarjeta del seguro de salud”.</p> <p><b>b. Requiere tratamientos</b> Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar tratamientos. Por favor, realice inmediatamente una consulta en una institución médica adecuada, llevando la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer gástrico”, la “Tarjeta del seguro de salud” y otros documentos.</p>
---

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

Nota) Se reconoce científicamente que el examen de detección del cáncer gástrico tiene el efecto de reducir la mortalidad, pero no significa que siempre se puede detectar el cáncer con el examen de detección.  
Por otro lado, el examen de detección puede resultar en “positivo” aunque no tenga cáncer.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

\* El cáncer gástrico es una de las primeras causas de muerte por cáncer en Japón. Para proteger su propia salud de ahora en más, realice periódicamente el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* En las "Directrices para la Educación Prioritaria en Salud para la Prevención del Cáncer y para la Realización del Examen de Detección del Cáncer", donde el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar establece el contenido y demás para los exámenes de detección de cáncer que realizan los municipios, se recomienda que las personas de 50 años o más, las realicen 1 vez cada 2 años.  
Sin embargo, para los exámenes gástricos de rayos X, por el momento no hay problemas que las personas de 40 años o más las realicen anualmente.

Diagnóstico general	1 Sin hallazgos - 2 Con hallazgos o sin necesidad de examen profundo (biopsia) - 3 Requiere un examen profundo (biopsia) → Realizar en la propia clínica - Recomendar otra clínica (Nombre de la institución médica: )
	a Necesidad de seguimiento ( meses) - b Necesidad de tratamiento
	Nombre del médico responsable del diagnóstico:
Comentarios del médico (hallazgos)	

Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen	Año: mes: día: Firma del examinado
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	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃がん		

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

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

問診 (次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。)

1 最近の月経 令和 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日から ( ) 日間 / 閉経した ( ) 歳  
 2 妊娠回数 妊娠 ( ) 回 分娩 ( ) 回 3 最近の妊娠 ( ) 歳  
 4 HPVワクチン (旧称:子宮頸がん予防ワクチン) を受けたことがありますか 1 ない 2 ある 3 わからない  
 5 婦人科系以外の病気に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 子宮内避妊器具を使用したことがありますか 1 ない 2 ある ( )  
 11 最近6か月以内で、以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある  
 (1)月経時以外の出血 (2)おりもの(ピンク色、茶色) (3)下腹部の痛み (4)その他( )

12 過去5年間に子宮がん検診を受けたことがありますか  
 1 ない 2 ある [ 前回 年 月頃 1 子宮頸がん 2 子宮体がん 検査結果 異常なし / 病名( ) ]

## Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer cervical de la ciudad de Kawasaki

※市記入欄

\* ¿Se le realizó un examen de cáncer uterino de la ciudad de Kawasaki durante el año fiscal anterior (1 de abril a 31 de marzo del año siguiente)? 1 Sí 2 No

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

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, Ciudad de Kawasaki			Teléfono	

Interrogatorio (Lea atentamente las siguientes preguntas y responda encerrando el número correspondiente con un círculo.)

1 El período menstrual reciente fue desde el año ( ), mes ( ), día ( ), por ( ) días / Estoy en menopausia desde ( ) años de edad  
 2 Cantidad e embarazos: ( ), cantidad de parto: ( ) 3 Embarazo reciente a los ( ) años de edad  
 4 ¿Ha recibido la vacuna contra el VPH (anteriormente conocida como vacuna para la prevención del cáncer cervical) 1 No 2 Sí 3 No sé  
 5 ¿Tuvo alguna enfermedad fuera de las ginecológicas? 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: \_\_\_\_\_, en el año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ (aprox.)  
 6 ¿Tuvo alguna enfermedad ginecológica? 1 No 2 Sí (Nombre de la enfermedad: \_\_\_\_\_, en el año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ (aprox.)  
 Por otro lado, ¿tuvo algunos de los siguientes?  
 (1) Cáncer cervical (cáncer invasivo) - (2) Conización del cuello uterino - (3) Histerectomía - (4) Actualmente en seguimiento por anomalías en el cuello uterino o anomalías en el examen citológico.  
 7 ¿Hay alguien en la familia que ha tenido cáncer ginecológico? 1 No - 2 Sí [ : Cáncer uterino - Cáncer de ovario - Cáncer de mama. ¿Quién? ( ) ]  
 8 Historial de tabaquismo 1 No - 2 Sí 9 ¿Utiliza hormonas femeninas (píldoras o similares)? 1 No - 2 Sí ( )  
 10 ¿Ha utilizado dispositivos anticonceptivos intrauterinos? 1 No 2 Sí ( )  
 11 ¿Tuvo algunos de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses? 1 No 2 Sí  
 (1) Sangrado fuera del período menstrual - (2) Descarga vaginal (rosado, amarillado) - (3) Dolor en el bajo vientre - (4) Otros ( )  
 12 ¿Se ha hecho algún examen de detección de cáncer uterino en los últimos 5 años?  
 1 No - 2 Sí. [ Resultado de la última vez del año: \_\_\_\_\_ mes: \_\_\_\_\_ (aprox.)  
 1 Cáncer cervical - 2 Cáncer de endometrio. Sin anomalías / Nombre de la enfermedad ( ) ]

臨床所見	1. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 膣炎	4. 頸管ポリープ	○	
	5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. 悪性の疑い	8. その他( )		
コルポスコピー	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) 5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	3. ASC-H(高度病変疑い)	4. LSIL(HPV感染・軽度異形成) 6. SCC(扁平上皮癌)		
	2. 不適正 (判定不可能)	7. AGC(腺異形成・腺癌疑い) 10. Other(その他の悪性腫瘍)	8. AIS(上皮内腺癌)	9. Adenocarcinoma(腺癌)		
	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					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. 精密検査不要					
	2. 子宮頸がん要精密検査 ⇒ 自院で実施・他院を紹介 (医療機関名 ) (1) 直ちにコルポ診及び組織診 (2) HPVによるトリアージ (3) 6か月後、あるいは( )か月後の細胞診					
3. 要精密検査(子宮頸がん以外)		ア. 頸管ポリープ ・ イ. 子宮筋腫 ・ ウ. 付属器腫瘍:左・右 エ. その他( )				
4. 要細胞診再検査 (細胞診不適正につき再検査)						
医師サイン			検診区分	1 頸がん	2 頸がん+体がん	3 頸がん+体がん (採取不能)
医師のコメント						
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名						
医師記載欄	来院しないので		<input type="checkbox"/> 結果を郵送		<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:						

臨床所見	1. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 膣炎	4. 頸管ポリープ	○	
	5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. 悪性の疑い	8. その他( )		
コルポスコピー	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) 5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)	3. ASC-H(高度病変疑い)	4. LSIL(HPV感染・軽度異形成) 6. SCC(扁平上皮癌)		
	2. 不適正 (判定不可能)	7. AGC(腺異形成・腺癌疑い) 10. Other(その他の悪性腫瘍)	8. AIS(上皮内腺癌)	9. Adenocarcinoma(腺癌)		
	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					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. 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						
Recibi las explicaciones y guías sobre el resultado del examen Año: mes: día: Firma del examinado						
医師記載欄	来院しないので		<input type="checkbox"/> 結果を郵送		<input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:						

## 川崎市子宮頸がん検診結果票

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

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

受診される方の個人情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個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		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<sup>\*</sup>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れ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、次回を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 )					
判定	(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 (採取不能)
医師のコメント						
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名						
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送						
備考:						

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer cervical de la ciudad de Kawasaki

\* ¿Se le realizó un examen de cáncer uterino de la ciudad de Kawasaki durante el año fiscal anterior (1 de abril a 31 de marzo del año siguiente)?

1 Sí 2 No	
受診年月日	令和 年 月 日
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

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en Kanji		Nombre en fonética		Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, Ciudad de Kawasaki			Teléfono	

## Aviso del resultado de examen de detección de cáncer cervical

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

## 1. Sin anomalías

No se observan anomalías en este examen de detección. Por favor, siga recibiendo regularmente el examen de detección de cáncer cervical, 1 vez cada 2 años.

Sin embargo, si observa algún síntoma subjetivo en el futuro, consulte a su médico en la institución médica más cercana.

## 2. Se requiere un examen profundo para el cáncer cervical

Como resultado de este chequeo, se requieren los exámenes profundos marcados con un círculo, así que por favor tómela en una institución médica.

(1) Realice inmediatamente una colposcopia y un examen histológico. \* Examen donde se hacen observaciones con lentes de aumento

(2) Realice inmediatamente un examen de VPH

(3) Como es necesario realizar un seguimiento, debe realizar un examen profundo por examen citológico en 6 meses o en ( ) meses.

En el examen profundo lleve la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer cervical”, la “Carta de referencia”, el “Informe de resultados del examen profundo” y la “Tarjeta de seguro de salud”.

Por otro lado, los resultados del examen profundo serán compartidos con la ciudad de Kawasaki y las instituciones médicas relacionadas.

## 3. Requiere un examen profundo (que no es para cáncer cervical)

Por los resultados de este examen de detección, se sospecha la presencia de otras enfermedades.

Como hay necesidad de realizar un examen más profundo, consulte en la institución médica que desee, llevando la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer cervical” y la “Tarjeta de seguro de salud”.

## 4. Repetición del examen por problemas en el examen citológico

Por diferentes causas, hubo dificultades para determinar un diagnóstico como resultado de este examen de detección. Por favor, consulte nuevamente en una institución médica que desee, llevando la “tarjeta del seguro de salud”.

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

Nota) Se reconoce científicamente que el examen de detección del cáncer cervical tiene el efecto de reducir la mortalidad y la tasa de incidencia, pero no significa que siempre se puede detectar el cáncer con el examen de detección.

Por otro lado, el examen de detección puede resultar en “positivo” aunque no tenga cáncer.

\* El cáncer cervical es relativamente frecuente entre los cánceres que padecen las mujeres en Japón, y ha estado en aumento en los últimos años.

\* Para proteger su propia salud de ahora en más, realice periódicamente, 1 vez cada 2 años, el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

Diagnóstico general	1 Sin necesidad de un examen profundo					
	2. Requiere un examen profundo de cáncer cervical					
Firma del médico	→ Realizar en la propia clínica - Recomendar otra clínica (Nombre de la institución médica: ( )					
	(1) Examen inmediato de colposcopia e histología		(2) Triaje con VPH		(3) Citología después de 6 meses o ( ) meses	
Categoría del examen de detección	3. Requiere un examen profundo (que no es para el cáncer cervical)			a. Pólipo cervical b. Histeromioma c. Tumor anexial: Izquierda - Derecha d. Otros ( )		
	4. Requiere repetición del examen citológico (repetición del examen por problemas en el examen citológico)					
1	Cáncer cervical	2	Cáncer cervical + cáncer de endometrio	3	Cáncer cervical + cáncer de endometrio (Imposibilidad de extracción)	
Comentarios del médico						
Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen						
Año:	mes:	día:	Firma del examinado			
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ます。医療機関の受診をお勧めします。  
 ただし、項目に該当する場合で、体部細胞診についての説明を受け(疼痛や出血を伴う等)、引き続き体部の細胞診を実施することについてご本人が同意する場合に限り、子宮頸がん検診に引き続いて子宮体部の細胞診を受けることができます。  
 なお、子宮体部の細胞診は、未産婦や帝王切開による分娩のみの経験をもつ方に対しては、子宮口閉鎖などにより細胞診の実施が困難な場合があります。

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

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

臨床所見	1. 異常なし	2. 子宮腔部びらん	3. 萎縮性膣炎	4. 頸管ポリープ
	5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. その他( )	
体部採取方法:	1 吸引	2 擦過	3 採取不能	

細胞診報告	顕微鏡所見	表層細胞( )	中層細胞( )	深層細胞( )	頸管腺細胞( )	内膜腺細胞( )
	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	
	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	

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 <input type="checkbox"/>			
備考:			

## Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer de endometrio de la ciudad de Kawasaki

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
Nombre en kanji		Nombre en fonética	
		Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )

Para aquellos que entran dentro de cualquiera de las siguientes "categorías de cáncer de endometrio", se recomienda que visite una institución médica que pueda realizar diversos exámenes bajo un manejo de seguridad suficiente como primera opción.  
 Sin embargo, en el caso de corresponder los ítems, y luego de recibir las explicaciones sobre el examen citológico del endometrio (que puede acompañar de dolor y sangrado, etc.), si la paciente está de acuerdo en seguir con el examen citológico del endometrio, se realizará el examen citológico del endometrio luego del examen de detección del cáncer cervical.  
 Además, la citología del endometrio puede ser difícil de realizar en mujeres nulíparas o solo con partos por cesárea debido a la atresia uterina.

Ítems correspondientes al cáncer de endometrio	En el caso de realizar un examen de detección del cáncer de endometrio, marque con un círculo el ítem correspondiente. (a) En los últimos 6 meses, hubo síntomas de sangrado genital irregular (pequeño sangrado transitorio, hemorragia posmenopáusica, etc.). (b) En los últimos 6 meses, hubo síntomas de anormalidad menstrual (hipermenorrea, menstruación irregular). (c) Hubo un síntoma flujo marrón en los últimos 6 meses. (d) Cuando el médico considera que es necesario
Cuestionario	¿Utiliza hormonas femeninas (píldoras o similares)? 1 No - 2 Sí ( )
Formulario de consentimiento	Acepto que me hagan un examen de detección del cáncer de endometrio junto con un examen de detección del cáncer cervical. Año: mes: día: <u>Aclaración de la firma del paciente</u>

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

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	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	
	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	

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			
Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen Año: mes: día: Firma del examinado			
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ます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:			

2019/5/1

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de endometrio de la ciudad de Kawasaki

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
Nombre en kanji		Nombre en fonética	Fecha de nacimiento Año: mes: día: (edad: )

Para aquellos que entran dentro de cualquiera de las siguientes "categorías de cáncer de endometrio", se recomienda que visite una institución médica que pueda realizar diversos exámenes bajo un manejo de seguridad suficiente como primera opción.

Sin embargo, en el caso de corresponder los ítems, y luego de recibir las explicaciones sobre el examen citológico del endometrio (que puede acompañar de dolor y sangrado, etc.), si la paciente está de acuerdo en seguir con el examen citológico del endometrio, se realizará el examen citológico del endometrio luego del examen de detección del cáncer cervical.

Además, la citología del endometrio puede ser difícil de realizar en mujeres nulíparas o solo con partos por cesárea debido a la atresia uterina.

Ítems correspondientes al cáncer de endometrio	En el caso de realizar un examen de detección del cáncer de endometrio, marque con un círculo el ítem correspondiente. (a) En los últimos 6 meses, hubo síntomas de sangrado genital irregular (pequeño sangrado transitorio, hemorragia posmenopáusica, etc.). (b) En los últimos 6 meses, hubo síntomas de anomalía menstrual (hipermenorrea, menstruación irregular). (c) Hubo un síntoma flujo marrón en los últimos 6 meses. (d) Cuando el médico considera que es necesario
Cuestionario	¿Utiliza hormonas femeninas (píldoras o similares)? 1 No - 2 Sí ( )
Formulario de consentimiento	Acepto que me hagan un examen de detección del cáncer de endometrio junto con un examen de detección del cáncer cervical. Año: mes: día: Aclaración de la firma del paciente

・ Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrarán informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

## Aviso del resultado de examen de detección de cáncer de endometrio

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

- Sin anomalías  
No se observan anomalías en este examen de detección.  
Sin embargo, si observa algún síntoma subjetivo en el futuro, consulte a su médico en la institución médica más cercana.
- Seguimiento  
Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un seguimiento.  
Por favor, realice una consulta en la institución médica donde realizó el examen, luego de (3, 6, 12) meses, llevando la "Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de endometrio" y la "Tarjeta del seguro de salud".
- Requiere repetición del examen  
Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar una repetición del examen.  
Por favor, realice inmediatamente una consulta en una institución médica adecuada, llevando la "Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de endometrio" y la "Tarjeta del seguro de salud".
- Requiere un examen profundo  
Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un examen profundo.  
Concurra cuanto antes a la institución médica indicada abajo, llevando esta "Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de endometrio", el "Informe de resultados del examen profundo" y la "Tarjeta de seguro de salud".
- Diagnóstico complicado  
Por diferentes causas, hubo dificultades para determinar un diagnóstico como resultado de este examen de detección.  
Por favor, consulte nuevamente en una institución médica que desee, llevando la "tarjeta del seguro de salud".

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

\* Para proteger su propia salud de ahora en más, realice periódicamente el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

Diagnóstico general	1.Rango normal - 2.Seguimiento - 3. Requiere repetición del examen - 4. Requiere un examen profundo→ (1) Realizar en la propia clínica - Recomendar otra clínica (Nombre de la institución médica: _____)
	- 5.Dificultad en el diagnóstico Firma del médico
Comentarios del médico	
Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen Año: mes: día: Firma del examinado	
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・出産をしたことがありますか  
 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 ）

## Formulario de solicitud y registro del examen de cáncer de mamas de la ciudad de Kawasaki

\* ¿Se le realizó un examen de cáncer de mamas de la ciudad de Kawasaki durante el año fiscal anterior? 1 Sí 2 No

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

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

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrar án informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en kanji		Nombre en fonética		Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki			Teléfono	

Lea atentamente las siguientes preguntas y responda encerrando el número correspondiente con un círculo.

1. Historia clínica e historia familiar

(1) ¿Ha realizado alguna vez un examen de detección del cáncer de mamas?  
 1. Primera vez 2. Lo he realizado (La última vez en el año: \_\_\_\_\_ mes:\_\_\_\_\_ (aprox.)

(2) ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad en las mamas?  
 1. No 2. Sí (a la edad de:\_\_\_\_\_ nombre de la enfermedad \_\_\_\_\_)

(3) ¿Algún familiar (consanguíneo) tuvo cáncer de mamas?  
 1. No 2. Sí (Parentesco \_\_\_\_\_)

2. Sobre la menstruación, embarazo y demás

(1) Sobre la Menopausia  
 1. Premenopáusica 2. Posmenopáusica (menopausia a la edad de: \_\_\_\_\_)  
 La pregunta es para personas pre menopáusicas. (Desde el mes:\_\_\_\_\_ día:\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ días)  
 ¿Cuándo fue su última menstruación?

(2) ¿Alguna vez ha estado embarazada o ha dado a luz?  
 1. No 2. Sí (Cantidad e embarazos: \_\_\_\_\_, cantidad de partos: \_\_\_\_\_)

3. Síntomas actuales

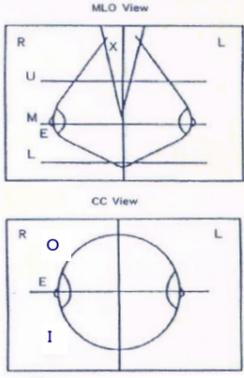
(1) ¿Se hace un autoexamen mamario?  
 1. No 2. Sí (desde hace aproximadamente \_\_\_\_\_ años)

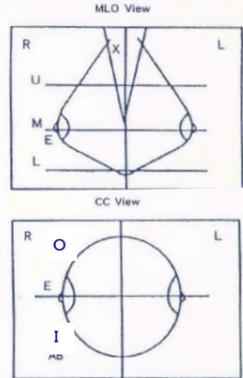
(2) ¿Tiene algún dolor en las mamas?  
 1. No 2. Hay ( derecha / izquierda )

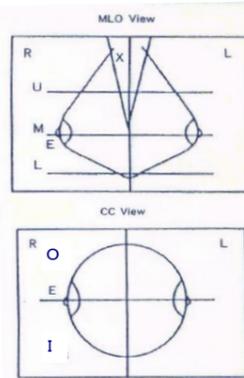
(3) ¿Tiene algún bulto en las mamas?  
 1. No 2. Hay ( derecha / izquierda )

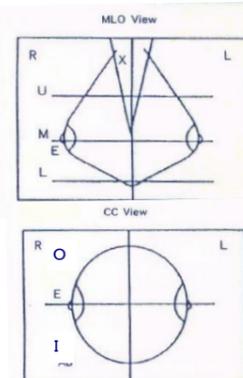
(4) ¿Hay alguna deformidad en las mamas o en los pezones?  
 1. No 2. Hay ( derecha / izquierda )

(5) ¿Hay sangrado, pérdida de leche o líquido desde los pezones?  
 1. No 2. Hay ( derecha / izquierda )

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 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 イ) 皮膚の所見 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 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 イ) 皮膚の所見 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 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 イ) 皮膚の所見 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 □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
	<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 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 イ) 皮膚の所見 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 ( )
Recibí las explicaciones y guías sobre el resultado del examen Año: mes: día: Firma del examinado	
医師記載欄	来院しないので □結果を郵送 □医師が本人に電話説明した後、結果を郵送 備考:

## 川崎市乳がん検診結果票

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

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

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個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ところがありましたら、次回の検診を待たずに精密検査を受けてください。

また、乳房の構成が「不均一高濃度」、「極めて高濃度」の方は、他の人と比べて乳がんが分かりにくい傾向

にあります。この結果票の右側に「乳房の構成」欄がありますので、「不均一高濃度」や「極めて高濃度」に○印がついていないかご確認ください。

## 2. 要精密検査

今回の検診結果では、さらに詳しい検査を行う必要があります。

※精密検査は、マンモグラフィの追加撮影や超音波検査、穿刺吸引細胞診（注射器で吸い出した細胞を顕微鏡で観察する検査）や針生検（患部の一部を切り取る組織診）等により、行う必要があります。

『乳がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』を持参のうえ、 ただちに右側下欄の「精密検査実施医療機関」で受診してください。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

注意）乳がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんが見つられるわけ 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。

## Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de mamas de la ciudad de Kawasaki

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
------	---

\* Es posible que las informaciones del examen de quienes consultan por el examen de detección sean utilizados para gestionar la precisión del examen, para la investigación del cáncer y otros propósitos. No se filtrar án informaciones personales de los individuos que se someten al examen.

Nombre en kanji		Nombre en fonética		Fecha de nacimiento	Año: mes: día: (edad: )
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki			Teléfono	

## Aviso del resultado del examen de detección de cáncer de mamas

Le informamos el resultado del examen como sigue: Los ítems correspondientes están marcados con un círculo.

## 1. No se requiere examen profundo

Por los resultados de este examen, no es necesario realizar un examen profundo.

Por favor, continúe realizando 1 vez cada 2 años, el examen de detección con regularidad.

Sin embargo, no todos los cánceres de mamas son detectados con la mamografía. Si nota bultos o partes que le preocupan en sus mamas, por favor realice un examen profundo sin esperar el próximo examen de detección.

Además, para las personas con la constitución de mamas “Altamente densas y heterogéneas” o “Extremadamente densas”, tienden a dificultar la distinción del cáncer de mamas en comparación con otras personas.

Como a la derecha de esta ficha de resultados está la columna de “Constitución de las mamas”, verifique si no está marcado con un círculo el ítem “Altamente densas y heterogéneas” o “Extremadamente densas”

## 2. Requiere un examen profundo

Por los resultados de este examen de detección, será necesario realizar un examen más profundo.

\* En el examen profundo, será necesario realizar tomas adicionales de mamografía, examen por ultrasonido, citología por absorción con aguja fina (examen donde se absorben células con una jeringa que se observan bajo microscopio), biopsia por punción (histología donde se extrae una parte de la zona afectada), etc.

Concurra cuanto antes a la “institución médica que realiza exámenes profundos” indicada abajo a la derecha, para hacer una consulta, llevando la “Ficha de resultados del examen de detección de cáncer de mamas”, la “Carta de referencia”, el “Informe de resultados del examen profundo” y la “Tarjeta de seguro de salud”.

Por otro lado, los resultados del examen profundo serán compartidos con la ciudad de Kawasaki y las instituciones médicas relacionadas.

Como los siguientes exámenes y tratamientos médicos son cubiertos por el seguro de salud, asegúrese de traer su tarjeta del seguro de salud.

Nota) Se reconoce científicamente que el examen de detección del cáncer de mamas tiene el efecto de reducir la mortalidad, pero no significa que siempre se puede detectar el cáncer con el examen de detección. Por otro lado, el examen de detección puede resultar en “positivo” aunque no tenga cáncer.

\* Si tiene alguna duda, por favor consulte en la institución médica donde realizó el examen.

\* El cáncer mamario es una de las primeras causas de muerte por cáncer en Japón.

Para proteger su propia salud de ahora en más, realice periódicamente, 1 vez cada 2 años, el examen de detección.

\* Debe conservar esta ficha de resultados para su control de salud, y lo debe traer en el siguiente examen médico.

\* Además, por favor realice el autoexamen de cáncer de mamas observando el folleto adjunto



## 川崎市骨粗しょう症検診 申込書・記録票

□40歳・□45歳・□50歳・□55歳・□60歳・□65歳・□70歳

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

診 査 日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無（生保・非課税・70歳）		

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

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

↓ 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	

## Formulario de solicitud y registro del examen de osteoporosis de la ciudad de Kawasaki

□40 años, □45 años, □50 años, □55 años, □60 años, □65 años, □ 70 años

• A quienes van a recibir el examen: Escriba con firmeza dentro del marco grueso.

診 査 日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無（生保・非課税・70歳）		

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

Nombre en kanji		Nombre en fonética		Mujer	Nacimiento: Año: mes: día:
Domicilio	distrito _____, Ciudad de Kawasaki			Teléfono	

↓ 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？

<骨おり壊にならないために>

### 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

- 素干しさくらえび 200mg (10g当)
- 牛乳 227mg (200cc当)
- 脱脂粉乳 66mg (大さじ1杯当)
- しらす干し 42mg (20g当)
- プロセスチーズ 126mg (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)
- 木綿とうふ 86mg (100g当)

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

### ■ ビタミンDを多く含むもの ■



2019/5/1

# Ficha de resultados del examen de detección de osteoporosis de la ciudad de Kawasaki

40 años, 45 años, 50 años, 55 años, 60 años, 65 años, 70 años

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

Nombre en kanji		Nombre en fonética		Mujer	Nacimiento: Año: mes: día:
Domicilio	distrito _____, ciudad de Kawasaki			Teléfono	

Examen de detección de osteoporosis	Método del examen	1	Medición de la columna lumbar por método DXA
		2	Medición por método MD, método SXA, etc. ( )
		3	Medición por ultrasonido
	Lugar de medición ( )	Valor del resultado de la medición ( )	
	Hallazgos	1. Sin anomalías - 2. Se requiere orientación - 3. Se requiere examen profundo	
		Nombre del médico responsable del diagnóstico:	

## ¿Sus huesos están bien?

<Para que no se quiebren sus huesos>

### Claves para prevenir la osteoporosis

- Comida --- Asegurarse de consumir calcio  
Comer activamente alimentos con mucho contenido de vitaminas y demás
- Ejercicio --- Hacer ejercicios moderados diariamente Ejemplo) Caminar de 30 minutos a 1 hora por día
- Baño de sol --- Tomar sol de 30 minutos a 1 hora por día a media sombra

Ejemplo de alimentos con mucho calcio

- Camarón Sakura seco 200 mg (en 10g)
- Leche descremada en polvo 66 mg (en 1 cucharada grande)
- Sardinilla seca 42 mg (en 20g)
- Leche 227 mg (en 200cc)
- Sardina entera seca 110 mg (en 25g)
- Queso procesado 126 mg (en 20g)
- Almeja shijimi 72 mg (en 30g)
- Espinaca japonesa (Hervida) 75 mg (en 50g)
- Tofu Mokumen 86 mg (en 100g)

La falta de calcio en el cuerpo reduce la masa ósea. La cantidad recomendada de calcio es de aproximadamente 650mg a 700mg por día. Para absorber mejor el calcio, tome alimentos que contengan vitamina D.

### ■ Productos que tienen mucha vitamina D ■



2019/5/1