第4号様式（肺がん検診・市提出用）

川崎市肺がん検診申込書・記録票

※市記入欄

※ 受診される方へ ： 太枠の中を強くお書きください。

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

同日実施	☐ 特 定 健 診

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

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

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 肺がん検診を受けたことがありますか
1 ない　2 ある　〔前回　年　月頃、検査結果　異常なし／病名(　　)〕

2 血縁者で「がん」にかかった人はいますか（　）には部位を記入してください
1 いない　2 いる　(1) 父母(　)　(2) 兄弟姉妹(　)　(3) おじ・おば(　)

3 いままでに、次の病気をしたことがありますか　1 な い　2 あ る
(1)肺がん　(2)肺炎　(3)肺結核　(4)肺線維症　(5)肺気腫　(6)その他の肺疾患（　）
いつですか⇒(　年　月)

4 胸部の手術をしたことがありますか　1 な い　2 あ る(病名　)

5 現在治療中の病気はありますか　1 な い　2 あ る(病名　)

6 最近6か月以内に以下のような症状はありますか　1 な い　2 あ る
(1)せき　(2)たん　(3)血たん　(4)胸・背中の痛み　(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

比較読影：有⇒変化：無・有(　)

所見	診断	エックス線判定区分(記号を記入する)
		a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う

二次読影日　年　月　日　医師名

比較読影：有⇒変化：無・有(　)

所見	診断	エックス線判定区分(記号を記入する)
		A 読影不能 B 異常所見を認めない C 異常所見を認めるが精査を必要としない D 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる E1 肺がんの疑いを否定しえない E2 肺がんを強く疑う

胸部エックス線検査決定判定区分　A　B　C　D　E1　E2

喀痰細胞診

1 実施せず
2 実施した(実施理由　ア ・ イ)　⇒
※「がん検診等の手引き」参照
3 すすめたが痰が取れなかった

38	初回採痰	喀痰採取日　月　日～　月　日	喀痰細胞診判定
		提 出 日　月　日～　月　日	
39	再 採 痰	再採取日　月　日～　月　日	A　B　C　D　E
		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：

2020/4/1

第4号様式（肺がん検診・市提出用）

Solicitação do Exame de Câncer de Pulmão da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

※市記入欄

*** Aos que realizarão o exame: preencha os itens das bordas grossas de forma firme.**

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

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano:　Mês:　Dia:　(Idade:　anos)
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku**,					Telefone	

Leia com atenção as perguntas a seguir e circula o número da resposta correspondente.

1 Já realizou exame de câncer de pulmão?
1 Não　2 Sim　〔Última vez - Ano:　Mês:　. Resultado:　Sem anomalias/Doença:(　)〕

2 Algum parente consanguíneo já sofreu de câncer? Escreva dentro dos parênteses o órgão afetado.
1 Não　2 Sim　(1) Mãe ou pai（　）　(2) Irmãos (　)　(3) Tios (　)

3 Já teve alguma das doenças a seguir?　1 Não　2 Sim
(1) Câncer de pulmão (2) Pneumonia (3) Tuberculose (4) Fibrose pulmonar (5) Enfisema pulmonar (6) Outra doença pulmonar (　)
A partir de quando? ⇒（Ano:　Mês:　）

4 Já realizou cirurgia na região do tórax?　1 Não　2 Sim（Nome da doença:　）

5 Está atualmente passando pelo tratamento de alguma doença?　1 Não　2 Sim（Nome da doença:　）

6 Teve algum dos sintomas abaixo nos últimos 6 meses?　1 Não　2 Sim
(1) Tosse　(2) Catarro　(3) Catarro com sangue　(4) Dores no peito ou costas　(5) Perda de peso

7 Sobre seus hábitos　Cigarro　1 Nunca fumei　2 Já fumei　Por dia:（　）cigarros, por（　）anos. Até o ano:（　）
3 Ainda fumo　Por dia:（　）cigarros, há（　）anos.

8 Ambiente de trabalho　(1) Área relacionada a amianto　(2) Outra（　）

9 Possibilidade de estar grávida? (Apenas para mulheres)　1 Não　2 Sim

胸部エックス線

一次読影日　年　月　日　医師名

比較読影：有⇒変化：無・有(　)

所見	診断	エックス線判定区分(記号を記入する)
		a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う

二次読影日　年　月　日　医師名

比較読影：有⇒変化：無・有(　)

所見	診断	エックス線判定区分(記号を記入する)
		A 読影不能 B 異常所見を認めない C 異常所見を認めるが精査を必要としない D 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる E1 肺がんの疑いを否定しえない E2 肺がんを強く疑う

胸部エックス線検査決定判定区分　A　B　C　D　E1　E2

喀痰細胞診

1 実施せず
2 実施した(実施理由　ア ・ イ)　⇒
※「がん検診等の手引き」参照
3 すすめたが痰が取れなかった

38	初回採痰	喀痰採取日　月　日～　月　日	喀痰細胞診判定
		提 出 日　月　日～　月　日	
39	再 採 痰	再採取日　月　日～　月　日	A　B　C　D　E
		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）		

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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

第4号様式の3（肺がん検診・受診者用）

川崎市肺がん検診結果票

※ 受診される方へ ： 太枠の中を強くお書きください。

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

同日実施	☐ 特 定 健 診

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

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

肺がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

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

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

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

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

※1　X線を利用して身体の内部(断面)を撮影する検査
※2　内視鏡を用いて気管支粘膜を観察し、病変を採取する検査

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

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

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

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

第4号様式の3（肺がん検診・受診者用）

Exame de Câncer de Pulmão da Cidade de Kawasaki - Planilha de Resultados

*** Aos que realizarão o exame: preencha os itens das bordas grossas de forma firme.**

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

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano: Mês: Dia: （Idade: anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-ku,					Telefone	

Comunicado sobre os resultados do exame de câncer de pulmão

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "o" são os relevantes.

1. Sem anomalias
Não foram encontradas anomalias neste exame.
Certifique de examinar-se periodicamente (anualmente).
Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.
2. Com anomalias - Exame minucioso desnecessário
De acordo com os resultados deste exame, no momento não é necessário realizar exame minucioso.
Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.
3. Exame minucioso necessário (excetuando o exame de câncer de pulmão)
De acordo com os resultados do exame, há suspeita de outra doença.
É necessário realizar exames minuciosos. Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Pulmão" e "carteirinha do segu ro de saúde" para a instituição médica de sua preferência para realizar os exames imediatamente.
4. Exame minucioso necessário
De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar exames ainda mais minuciosos, através de tomografia computado rizada *1, e broncoscopia *2.
Leve esta "Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Pulmão", "Carta de Apresentação", "Comunicado de Resultados de Exame Minucioso e a "carteirinha do seguro de saúde"
para a instituição médica onde os exames serão realizados conforme descrito abaixo, o mais rápido possível.
Os resultados dos exames minuciosos serão compartilhados entre a cidade de Kawasaki e a instituição médica em questão.
*1 Exame de imagem com uso de raio x da parte interna do corpo (corte transversal).
*2 Exame de observação das membranas do tubo traqueal com uso de broncoscopia, com recolhimento da lesão.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

Atenção: O exame de câncer de pulmão tem eficácia na redução da mortalidade comprovada cientificamente, mas não há garantia total de que o câncer poderá ser encontrado.
Além disso, mesmo na ausência de câncer, há casos de resultado "positivo".

*** O câncer de pulmão é uma das principais causas de morte por câncer no Japão. Continue cuidado de sua saúde.
Realize o exame 1 vez ao ano.**
*** Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde. Traga-a na sua próxima consulta.**
*** Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.**
*** Parar de fumar é fundamental para a prevenção do câncer. O câncer de pulmão está fortemente relacionado com o fumo, que causa prejuízos à saúde não só do fumante, mas das pessoas em volta.**

Avaliação geral	1 Sem anomalias/Exame minucioso desnecessário - 2Com anomalias/Exame minucioso desnecessário - 3Exame minucioso necessário (excetuando o exame de câncer de pulmão) - 4 Exame minucioso necessário - (1) Realização neste hospital - (2) Indicação de outro hospital（Nome da instituição:　　）	
	Médico avaliador	
Comentário do médico (parecer)		

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames. Ano: Mês: Dia: Assinatura do 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

第4号様式（大腸がん検診・市提出用）

川崎市大腸がん検診申込書・記録票

※市記入欄

※　受診される方へ　：　太枠の中を強くお書きください。

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

同日実施	☐ 特 定 健 診　　☐ 肺 が ん

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

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

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか　（　）には部位を記入してください。

1　いない　　2　いる　　(1)　父母（　　）　　(2)　兄弟姉妹（　　）　　(3)　おじ・おば（　　）

2 いままでに、次の病気をしたことがありますか　　1　ない　　2　ある

(1)　胃・十二指腸・食道の病気　（胃潰瘍　ポリープ　その他 ）　いつ⇒（　年　月頃）

(2)　大腸の病気　（ポリープ　潰瘍　憩室　大腸炎　腫瘍　その他 ）　いつ⇒（　年　月頃）

(3)　肛門の病気　（いぼ痔　痔ろう　切れ痔　その他 ）　いつ⇒（　年　月頃）

3 腹部の手術をしたことがありますか　　1 な い　　2 あ る(病名　　)

4 現在治療中の病気はありますか　　1 な い　　2 あ る(病名　　)

5 最近6か月くらいの排便はいかがですか

(1) 下痢気味　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

(2) 便秘気味　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

(3) 便秘と下痢を繰り返す　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

(4) 便が細い　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

(5) ねばねばした粘液がつく　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

(6) 便に血がまじる　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

(7) 便が黒い　　1 な い　　2 あ る（いつも　時々　まれ）

6 最近体重が変化しましたか　　1　変わらない　　2　増えた　　3　減った（　kg）

7 過去5年間に大腸の検査を受けたことがありますか

1　ない　　2　あ る　前回　　年　　月頃、　場所（　　）

(1)検査方法　(イ) 大腸の透視　(ロ) 内視鏡　(ハ) 検便　(二) 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 2. R－PHA法 3. そ の 他	1. 陰　性 2. 陽　性 3. 検体不良	1. 陰　性 2. 陽　性 3. 検体不良	1. 陰　性 2. 陽　性 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：

2019/5/1

第4号様式（大腸がん検診・市提出用）

Solicitação do Exame de Câncer de Intestino da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

※市記入欄

*** Aos que realizarão o exame: preencha os itens das bordas grossas de forma firme.**

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

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano:　Mês:　Dia:　（Idade:　anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku**,					Telefone	

Leia com atenção as perguntas a seguir e circula o número da resposta correspondente.

1 Algum parente consanguíneo já sofreu de câncer? Escreva dentro dos parênteses o órgão afetado.

1　Sem casos　　2　Sim　　(1)　Mãe ou pai（　　）　(2)　Irmãos (　　)　(3)　Tios (　　)

2 Já teve alguma das doenças a seguir?　　1. Não　　2. Sim

(1)　Doença no estômago, duodeno ou esôfago　（Úlcera estomacal　pólipos　outra）　Quando? ⇒（Ano:　Mês:　aprox.）

(2)　Doenças do intestino　（Pólipos　úlcera　diverticulite　colite　tumor　outra）　Quando? ⇒（Ano:　Mês:　aprox.）

(3)　Doenças no ânus　（Hemorroida　fístula anal　Hemorroida sangrando　outra ）　Quando? ⇒（Ano:　Mês:　aprox.）

3 Já fez cirurgia no estômago?　　1. Não　2. Sim（Nome da doença:　　）

4 Está atualmente passando pelo tratamento de alguma doença?　　1. Não　2. Sim（Nome da doença:　　）

5 Como tem sido sua evacuação nos últimos 6 meses?

(1) Ocorrência de diarreia　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

(2) Ocorrência de prisão de ventre　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

(3) Prisão de ventre e diarreia repetidamente　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

(4) Fezes muito finas　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

(5) Fezes viscosas e com muco　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

(6) Sangue misturado às fezes　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

(7) Fezes muito escuras　　1. Não　2. Sim　（Sempre　Às vezes　Raramente）

6 Teve alteração de peso recentemente?　　1. Sem alteração　2. Aumento　3. Redução　（　kg）

7 Realizou exame no intestino nos últimos 5 anos?

1. Não　2. Sim　Última vez - Ano:　Mês:　aprox.　Local (　　)

(1) Método de exame　(a) Trânsito intestinal　(b) Endoscopia　(c) Exame de fezes　(d) Outro（　　）

(2) Resultado do exame　(a) Sem anomalias　(b) Com anomalias　Nome da doença（　　）

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 2. R－PHA法 3. そ の 他	1. 陰　性 2. 陽　性 3. 検体不良	1. 陰　性 2. 陽　性 3. 検体不良	1. 陰　性 2. 陽　性 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	

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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：

2019/5/1

第4号様式の3（大腸がん検診・受診者用）

川崎市大腸がん検診結果票

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

同日実施	□ 特 定 健 診　　□ 肺 が ん

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

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

大腸がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

1．異常なし
今回の検診では便潜血反応による異常所見は認められません。
今後も毎年、定期的に検診を受けてください。
※大腸にがんがあっても必ず陽性になるとはかぎりません。
下血、便通異常等の症状があったら、早めに医療機関で受診してください。

2．要精密検査
今回の検診結果では、さらに詳しい検査を受ける必要があります。
この『大腸がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』等を持参のうえ、
ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。
※すべての方に病気があるわけではなく異常のない方もたくさんいます。
また、がん以外の病気も発見できますので、必ず精密検査を受けてください。
※精密検査は、全大腸内視鏡検査が第1選択となります。また、全大腸内視鏡検査が困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用が次善の選択となります。なお、便潜血検査の再検査は不適切です。
なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

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

※ 大腸がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。
今後もご自身の健康を守るために、年1回は検診をお受けください。

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

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

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：

2019/5/1

第4号様式の3（大腸がん検診・受診者用）

Exame de Câncer de Intestino da Cidade de Kawasaki - Planilha de Resultados

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

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano: Mês: Dia:（Idade: anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____**-ku,**					Telefone	

Comunicado sobre resultados de exame de intestino

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "o" são os relevantes.

1. Sem anomalias
Neste exame não foram encontradas anomalias no teste de sangue oculto nas fezes.
Certifique de examinar-se periodicamente, todos os anos.
* Mesmo existindo câncer no intestino, nem sempre o resultado do exame é positivo.
Caso apresente sintomas como sangue ao evacuar ou evacuação anormal, procure uma instituição médica o mais rápido possível.

2. Exame minucioso necessário
De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar exames ainda mais minuciosos.
Leve esta "Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Intestino", "Carta de Apresentação", "Comunicado de Resultados de Exame Minucioso e a "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica de sua preferência para realizar os exames minuciosos o mais rápido possível.
* Nem todos possuem algum tipo de doença. Muitos não apresentam anomalias.
Também é possível identificar outras doenças que não o câncer. Certifique-se de realizar os exames minuciosos.
* Com relação aos exames minuciosos, a endoscopia total é a primeira opção. Caso seja difícil realizar a endoscopia total, há a endoscopia do cólon sigmoide, junto com o raio x contrastado com bário como segunda melhor opção. Não é adequado realizar novo exame de sangue oculto nas f ezes.
Os resultados dos exames minuciosos serão compartilhados entre a cidade de Kawasaki e a instituição médica em questão.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

Atenção: O exame de câncer de intestino tem eficácia na redução da mortalidade comprovada cientificamente, mas não há garantia total de que o câncer poderá ser encontrado. Além disso, mesmo na ausência de câncer, há casos de resultado "positivo".

*** O câncer de intestino é uma das principais causas de morte por câncer no Japão.**
Realize o exame 1 vez ao ano para continuar cuidando de sua saúde.
*** Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde. Traga-a na sua próxima consulta.**
*** Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.**

Avaliação geral	1 Sem anomalias/Exame minucioso desnecessário 2 Exame minucioso necessário → (1) Realização neste hospital - (2) Indicação de outro hospital（Nome da instituição:　　）	
	Médico avaliador	
Comentário do médico		

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames. Ano: Mês: Dia: Assinatura do 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：

2019/5/1

第4号様式（胃がん検診・市提出用）

※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 ： 太枠の中を強くお書きください。

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

同日実施	□ 特 定 健 診　□ 肺 が ん　□ 大 腸 が ん

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

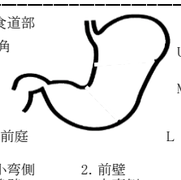
漢字氏名		カナ氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	明 ・大・昭　年　月　日（　歳）
住所	川崎市　　区					電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか　（　）には部位を記入してください。
　1 いない　2 いる　⇒ (1) 父母（　）　(2) 兄弟姉妹（　）　(3) おじ・おば（　）
2 次の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

A区分　E 食道部　F 穹隆部　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



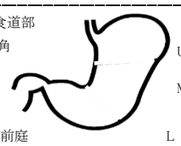
部位区分 A	部位区分 B	所見	診 断

B区分　1. 小弯側　2. 前壁　3. 後壁　4. 大弯側

判 定　i.　ii.　iii.　iv.　v.

二次読影日　年　月　日　医師氏名

A区分　E 食道部　F 穹隆部　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



部位区分 A	部位区分 B	所見	診 断

B区分　1. 小弯側　2. 前壁　3. 後壁　4. 大弯側

判 定　Ⅰ.　Ⅱ.　Ⅲ.　Ⅳ.　Ⅴ.

所見区分（数字を記入する）

1. 所見なし　2. 透亮像　3. バリウム斑　4. 変形　5. 伸展不良　6. 陰影欠損　7. 壁硬化　8. 皺襞途絶　9. 皺襞集中　10. 巨大皺襞　11. 粘膜凸凹不整　12. その他

診断（数字を記入する）

1. 異常なし　2. 胃がん（疑含む）　3. 胃腺種　4. 胃炎　5. 胃潰瘍　6. 胃潰瘍瘢痕　7. 胃憩室　8. 胃ポリープ　9. 胃粘膜下腫瘍　10. 術後胃　11. 十二指腸憩室　12. 十二指腸潰瘍　13. 十二指腸潰瘍瘢痕　14. 十二指腸腫脈　15. 食道がん(疑)　16. 食道憩室　17. 食道裂孔ヘルニア　18. その他（　）

判 定 区 分

Ⅰ. 読影不能
Ⅱ. 異常所見を認めない
Ⅲ. 異常所見を認めるが精査を必要としない
Ⅳ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる
Ⅴ. 悪性病変の疑い

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：

2020/4/1

第4号様式（胃がん検診・市提出用）

※市記入欄

Solicitação do Exame de Câncer de Estômago (raio x) da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

*** Realizou exame de câncer de exame de câncer da cidade de Kawasaki (gastroscopia) no ano fiscal passado (entre primeiro de abril a 31 de março do ano seguinte)? 1 Sim 2 Não**

*** Aos que realizarão o exame: preencha os itens das bordas grossas de forma firme.**

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

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

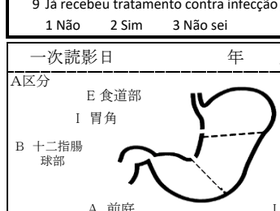
Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano: Mês: Dia: （Idade: anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-ku,					Telefone	

Leia com atenção as perguntas a seguir e circula o número da resposta correspondente.

1 Algum parente consanguíneo já sofreu de câncer? Escreva dentro dos parênteses o órgão afetado.
　1. Não　2. Sim　⇒ (1) Mãe/pai（　）　(2) Irmãos（　）　(3) Tios（　）
2 Já teve alguma das doenças a seguir?　1. Não　2. Sim
　(1) Úlcera estomacal　(2) Úlcera do duodeno　(3) Obstrução intestinal　(4) Pólipos estomacais　(5) Epilepsia abdominal　(6) Gastrite crônica
　(7) Câncer de estômago　(8) Outra doença estomacal（　）　A partir de quando? ⇒（Ano:　Mês:　）
3 Já fez cirurgia no estômago?　1. Não　2. Sim（Nome da doença:　）
4 Está atualmente passando pelo tratamento de alguma doença?　1. Não　2. Sim（Nome da doença:　）
5 Possui algum dos sintomas abaixo?　1. Não　2. Sim
　(1) Dor de estômago　(2) Sensação de comida pesando no estômago　(3) Má digestão, desconforte　(4) Azia, arrotos　(5) Estômago inchado　(6) Náuseas, vômitos
　(7) Coloração do rosto ruim　(8) Falta de apetite　(9) Diarreia　(10) Prisão de ventre　(11) Sangue nas fezes　(12) Fezes muito escuras　(13) Perda de peso
6 Hábitos　(1) Cigarro　1 Não fumo　2 Fumava　3 Fumo　（Cigarros por dia:　）
　(2) Álcool　1. Não bebo　2. Bebo　（Diariamente　Às vezes）
7 Está grávida?　1. Grávida　2. Não estou grávida
8 Realizou exame de estômago nos últimos 5 anos?　(Gastroscopia, exame com bário)
　1 Não　2 Sim　⇒　Última vez, ano:　mês　aproximadamente.　Resultado　Sem anomalias／Nome da doença（　）
9 Já recebeu tratamento contra infecção pelo Helicobacter pylori?
　1 Não　2 Sim　3 Não sei

一次読影日　年　月　日　医師氏名

A区分　E 食道部　F 穹隆部　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



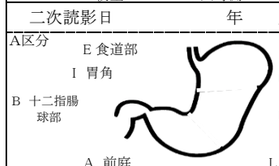
部位区分 A	部位区分 B	所見	診 断

B区分　1. 小弯側　2. 前壁　3. 後壁　4. 大弯側

判 定　i.　ii.　iii.　iv.　v.

二次読影日　年　月　日　医師氏名

A区分　E 食道部　F 穹隆部　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



部位区分 A	部位区分 B	所見	診 断

B区分　1. 小弯側　2. 前壁　3. 後壁　4. 大弯側

判 定　Ⅰ.　Ⅱ.　Ⅲ.　Ⅳ.　Ⅴ.

所見区分（数字を記入する）

1. 所見なし　2. 透亮像　3. バリウム斑　4. 変形　5. 伸展不良　6. 陰影欠損　7. 壁硬化　8. 皺襞途絶　9. 皺襞集中　10. 巨大皺襞　11. 粘膜凸凹不整　12. その他

診断（数字を記入する）

1. 異常なし　2. 胃がん（疑含む）　3. 胃腺種　4. 胃炎　5. 胃潰瘍　6. 胃潰瘍瘢痕　7. 胃憩室　8. 胃ポリープ　9. 胃粘膜下腫瘍　10. 術後胃　11. 十二指腸憩室　12. 十二指腸潰瘍　13. 十二指腸潰瘍瘢痕　14. 十二指腸腫脈　15. 食道がん(疑)　16. 食道憩室　17. 食道裂孔ヘルニア　18. その他（　）

判 定 区 分

Ⅰ. 読影不能
Ⅱ. 異常所見を認めない
Ⅲ. 異常所見を認めるが精査を必要としない
Ⅳ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる
Ⅴ. 悪性病変の疑い

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）	

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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

川崎市胃がん検診(エックス線検査)結果票

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

同日実施	□ 特定健診　□ 肺がん　□ 大腸がん

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

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

胃がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

1．所見なし・精密検査不要

今回の検診では異常は認められません。

今後も定期的に検診を受けてください。

また、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2．所見あり・精密検査不要

今回の検査結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。

今後、自覚症状等がありましたら、最寄の医療機関で受診してください。

3．要精密検査

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

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

ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。

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　□結果を郵送　□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考：

2020/4/1

第4号様式の3（胃がん検診・受診者用）

Planilha de Resultados do Exame de Câncer (raio x) de Estômago da Cidade 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	□ 特定健診　□ 肺がん　□ 大腸がん

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano: Mês: Dia: （Idade: anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku**,					Telefone	

Comunicado sobre os resultados do exame de câncer de estômago

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "o" são os relevantes.

1. Sem anomalias - Exame minucioso desnecessário

Não foram encontradas anomalias neste exame.
Certifique de examinar-se periodicamente (anualmente).
Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.

2. Com anomalias - Exame minucioso desnecessário

De acordo com os resultados deste exame, no momento não é necessário realizar exame minucioso.

Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.

3. Exame minucioso necessário

De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar exames ainda mais minucionsos, através de gastroscopia.
Leve esta "Planilha de Resultados do Exame de Câncer do Estômago", "Carta de Apresentação", "Comunicado de Resultados de Exame Minucioso e a "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica de sua preferência para realizar os exames minuciosos o mais rápido possível.
Os resultados dos exames minuciosos serão compartilhados entre a cidade de Kawasaki e a instituição médica em questão.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

Atenção: O exame de câncer de estômago tem eficácia na redução da mortalidade comprovada cientificamente, mas não há garantia total de que o câncer poderá ser encontrado.
Além disso, mesmo na ausência de câncer, há casos de resultado "positivo".

*** Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.**

*** O câncer de estômago é uma das principais causas de morte por câncer no Japão.
Certifique de examinar-se periodicamente, cuidando de sua saúde.**

*** Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde.
Traga-a na sua próxima consulta.**

* Recomenda-se a pessoas a partir dos 50 anos de idade que, 1 vez a cada 2 anos, realizem o exame de câncer de estômago, previsto nas "Linhas Gerais para a Educação de Saúde em Pontos Principais para a Prevenção do Câncer e Implantação do Exame de Câncer", que determina o formota do exame de câncer realizado nas municipalidades pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar. Contudo, com relação ao raio x do estômago, temporariamente está sendo possível sua realização, 1 vez por ano, por pessoas a partir dos 40 anos de idade.

Avaliação geral	1 Sem anomalias/Exame minucioso desnecessário - 2 Com anomalias/Exame minucioso desnecessário 3 Exame minucioso necessário → Realização neste hospital - Indicação de outro hospital（Nome da instituição:　　）	
	Médico avaliador	
Comentário do médico (parecer)		

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano: Mês: Dia: Assinatura do 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

第4-2号様式（胃がん検診・市提出用）

川崎市胃がん検診（内視鏡検査）申込書・記録票

※市記入欄

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

※ 受診される方へ ： 太枠の中を強くお書きください。

医療機関コード

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

同日実施 ☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん

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

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

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか （ ）には部位を記入してください
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母（ ） (2) 兄弟姉妹（ ） (3) おじ・おば（ ）

2 次の胃腸の病気をしたことがありますか
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎
(7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患（ ） いつですか⇒（ 年 月）

3 薬剤アレルギーがありますか 1 な い 2 あ る（薬剤名 ）
（キシロカインショックの有無： 1 ない 2 ある ）

4 現在治療中の病気はありますか 1 な い 2 あ る（病名 ）

5 以下のような症状はありますか 1 な い 2 あ る
(1)胃 痛 (2)食物がつかえる感じ (3)胃のもたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐き気、おう吐
(7)顔色が悪い (8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ (10) 便秘ぎみ (11)血 便 (12)黒っぽい便 (13)体重減少

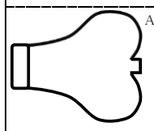
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う（1日 本位）
(2)酒類 1 飲まない 2 飲む（毎日 時々）

7 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか （ 内視鏡検査 ・ バリウム検査 ）
1 な い 2 あ る ⇒ 前回 年 月頃、 検査結果 異常なし／病名（ ）

8 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか 1 な い 2 あ る 3 わからない

血圧	～	脈拍		通常径 ・ 細径

一次読影日 年 月 日 医師氏名



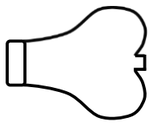
A区分 E. 食道 F. 穹窿部 U. 胃体上部 M. 胃体中部 L. 胃体下部 I. 胃角部 A. 前庭部 B. 球部

部位区分 A	部位区分 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



部位区分 A	部位区分 B	所見	診断

再検査の必要性 1. 有 2. 無 判 定：0. Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ. Ⅳ. Ⅴ.

所見区分（数字を記入する）

1. 所見なし 5. 瘢痕 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 （ ）

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（瘢痕含む）
5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん
6. 胃潰瘍（瘢痕含む） 14. 食道裂孔ヘルニア
7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎
8. 胃ポリープ 16. その他（ ）

判定区分

0. 読影不能
Ⅰ. 異常所見を認めない
Ⅱ. 異常所見を認めるが精査を必要としない
Ⅲ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる
Ⅳ. 要精密検査（生検）あるいは要再精密検査（生検）
Ⅴ. 悪性病変

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

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 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：

2019/5/1

第4-2号様式（胃がん検診・市提出用）

Solicitação do Exame de Câncer de Estômago (Gastroscopia) da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

※市記入欄

* Realizou exame de câncer de exame de câncer da cidade de Kawasaki (gastroscopia) no ano fiscal passado (entre primeiro de abril a 31 de março do ano seguinte)? 1 Sim 2 Não

* Aos que realizarão o exame: preencha os itens das bordas grossas de forma firme.

医療機関コード

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

同日実施 ☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano: Mês: Dia: （Idade: anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-ku,					Telefone	

Leia com atenção as perguntas a seguir e circula o número da resposta correspondente.

1 Algum parente consanguíneo já sofreu de câncer? Escreva dentro dos parênteses o órgão afetado.
1. Não 2. Sim ⇒ (1) Mãe/pai（ ） (2) Irmãos（ ） (3) Tios（ ）

2 Já teve alguma das doenças a seguir?
(1) Úlcera estomacal (2) Úlcera do duodeno (3) Obstrução intestinal (4) Pólipos estomacais (5) Epilepsia abdominal (6) Gastrite crônica
(7) Câncer de estômago (8) Outra doença estomacal（ ） A partir de quando? ⇒（Ano: Mês: ）

3 Possui alergia a algum medicamento? 1. Não 2. Sim （Medicamento: ）
（Propenso a choque anafilático? 1. Não 2. Sim ）

4 Está atualmente passando pelo tratamento de alguma doença? 1. Não 2. Sim （Nome da doença: ）

5 Possui algum dos sintomas abaixo? 1. Não 2. Sim
(1) Dor de estômago (2) Sensação de comida pesando no estômago (3) Má digestão, desconforte (4) Azia, arrotos (5) Estômago inchado (6) Náuseas, vômitos
(7) Coloração do rosto ruim (8) Falta de apetite (9) Diarreia (10) Prisão de ventre (11) Sangue nas fezes (12) Fezes muito escuras (13) Perda de peso

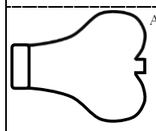
6 Hábitos (1) Cigarro 1 Não fumo 2 Fumava 3 Fumo （Cigarros por dia: ）
(2) Álcool 1. Não bebo 2. Bebo （Diariamente Às vezes）

7 Realizou exame de estômago nos últimos 5 anos? (Gastroscopia, exame com bário)
1 Não 2 Sim ⇒ Última vez, ano: mês aproximadamente. Resultado Sem anomalias／Nome da doença（ ）

8 Já recebeu tratamento contra infecção pelo Helicobacter pylori? 1 Não 2 Sim 3 Não sei

血圧	～	脈拍		通常径 ・ 細径

一次読影日 年 月 日 医師氏名



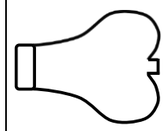
A区分 E. 食道 F. 穹窿部 U. 胃体上部 M. 胃体中部 L. 胃体下部 I. 胃角部 A. 前庭部 B. 球部

部位区分 A	部位区分 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



部位区分 A	部位区分 B	所見	診断

再検査の必要性 1. 有 2. 無 判 定：0. Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ. Ⅳ. Ⅴ.

所見区分（数字を記入する）

1. 所見なし 5. 瘢痕 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 （ ）

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（瘢痕含む）
5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん
6. 胃潰瘍（瘢痕含む） 14. 食道裂孔ヘルニア
7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎
8. 胃ポリープ 16. その他（ ）

判定区分

0. 読影不能
Ⅰ. 異常所見を認めない
Ⅱ. 異常所見を認めるが精査を必要としない
Ⅲ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる
Ⅳ. 要精密検査（生検）あるいは要再精密検査（生検）
Ⅴ. 悪性病変

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

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano: Mês: Dia: Assinatura do 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：

2019/5/1

川崎市胃がん検診（内視鏡検査）結果票

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

同日実施	□ 特 定 健 診　□ 肺 が ん　□ 大 腸 が ん

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

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

胃がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○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	□結果を郵送	□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考：			

2019/5/1

第4号-2様式の3（胃がん検診・受診者用）

Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Estômago (Gastroscopia) da Cidade 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	□ 特 定 健 診　□ 肺 が ん　□ 大 腸 が ん

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Sexo	Masc. / Fem.	Nascimento	Ano: Mês: Dia: （Idade: anos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-ku,					Telefone	

Comunicado sobre os resultados do exame de câncer de estômago

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "o" são os relevantes.

1. Sem anomalias
Não foram encontradas anomalias neste exame.
Certifique de examinar-se periodicamente.
Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.

2. Com anomalias・Exame minucioso (biópsia) desnecessário
De acordo com os resultados deste exame, no momento não é necessário realizar exame minucioso.
Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.

3. Exame minucioso (biópsia) necessário
De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar exames ainda mais minuciosos, através de biópsia ou nova gastroscopia.
Leve esta "Planilha de Resultados do Exame de Câncer do Estômago", "Carta de Apresentação", "Comunicado de Resultados de Exame Minucioso e a "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica de sua preferência para realizar os exames minuciosos o mais rápido possível.
Certifique-se de receber explicações da instituição médica onde o exame foi realizado, caso exames minuciosos (biópsia) tenham s ido realizados na mesma ocasião.
Os resultados dos exames minuciosos serão compartilhados entre a cidade de Kawasaki e a instituição médica em questão.

a. Requer observação
De acordo com os resultados deste exame, é necessário continuar observando o estado de saúde.
Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Estômago" e "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica onde você foi examinado para realizar novos exames.

b. Requer tratamento
De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar tratamento.
Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Estômago" e "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica adequada e realize exames.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

Atenção: O exame de câncer de estômago tem eficácia na redução da mortalidade comprovada cientificamente, mas não há garantia total de que o câncer poderá ser encontrado.
Além disso, mesmo na ausência de câncer, há casos de resultado "positivo".

*** Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.**

*** O câncer de estômago é uma das principais causas de morte por câncer no Japão.**
Certifique de examinar-se periodicamente, cuidando de sua saúde.

*** Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde.**
Traga-a na sua próxima consulta.

* Recomenda-se a pessoas a partir dos 50 anos de idade que, 1 vez a cada 2 anos, realizem o exame de câncer de estômago, previsto nas "Linhas Gerais para a Educação de Saúde em Pontos Principais para a Prevenção do Câncer e Implantação do Exame de Câncer", que determina o formota do exame de câncer realizado nas municipalidades pelo Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar. Contudo, com relação ao raio x do estômago, temporariamente está sendo possível sua realização, 1 vez por ano, por pessoas a partir dos 40 anos de idade.

Avaliação geral	1 Sem anomalias　2 Com anomalias - Exame minucioso (biópsia) desnecessário 3 Exame minucioso necessário (biópsia) → Realização neste hospital - Indicação de outro hospital（Nome da instituição médica　　）	
	a Requer observação（　meses）　b Requer tratamento	
	Médico avaliador	
Comentário do médico (parecer)		

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.	Ano: Mês: Dia:	Assinatura do 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：			

2019/5/1

第4号様式（子宮頸がん検診・市提出用）

川崎市子宮頸がん検診申込書・記録票

※市記入欄

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

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

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

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

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

1 最近の月経　令和（　）年（　）月（　）日から（　）日間 ／ 閉経した（　）歳
2 妊娠回数　妊娠（　）回　分娩（　）回　　3 最近の妊娠　（　）歳
4 HPVワクチン（旧称:子宮頸がん予防ワクチン）を受けたことがありますか　1　ない　2　ある　3　わからない
5 婦人科系以外の病気にかかったことはありますか　1 ない　2 ある（病名　　、　年　月頃）
6 婦人科系の病気にかかったことはありますか　1 ない　2 ある（病名　　、　年　月頃）

また、次に該当するものがありますか。
(1)過去に子宮頸がん(浸潤がん)　(2)子宮頸部の円錐切除術　(3)子宮摘出　(4)現在、子宮頸部の異形成や細胞診異常による経過観察中

7 家族の方で婦人科系のがんにかかったことがある人はいますか　1 ない　2 ある〔 子宮がん　卵巣がん　乳がん　誰が（　）〕
8 喫煙歴　1 ない　2 ある　　9 女性ホルモン剤（ピル等）を使用していますか　1 いいえ　2 はい（　）
10 子宮内避妊用具を使用したことがありますか　1 ない　2 ある（　）
11 最近6か月以内で、以下のような症状はありますか　1 ない　2 ある
(1) 月経時以外の出血　(2) おりもの（ピンク色、茶色）　(3) 下腹部の痛み　(4) その他（　）
12 過去5年間に子宮がん検診を受けたことがありますか
1 ない　2 ある〔 前回　年　月頃　1 子宮頸がん　2 子宮体がん　検査結果　異常なし ／ 病名（　）〕

臨床所見　1. 異常なし　2. 子宮腟部びらん　3. 腟炎　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）
2. 不適正（判定不可能）

1. NILM(陰性)
2. ASC－US(軽度病変疑い)　3. ASC－H(高度病変疑い)　4. LSIL(HPV感染・軽度異形成)
5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)　6. SCC(扁平上皮癌)
7. AGC(腺異形成・腺癌疑い)　8. AIS(上皮内腺癌)　9. Adenocarcinoma(腺癌)
10. Other(その他の悪性腫瘍)

細胞診診断　1. 異 常 な し　2. 要精密検査　3. 細胞診再検査を要す（塗抹不良 ・ 固定不良 ・ 標本破損）

コメント　　サイン　MD　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　□結果を郵送　□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:

2019/5/1

第4号様式（子宮頸がん検診・市提出用）

Solicitação do Exame de Câncer do Colo do Útero da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

※市記入欄

*** Realizou exame de câncer de útero da cidade de Kawasaki no ano fiscal passado (entre primeiro de abril a 31 de março)?　1　Sim　2　Não**

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		

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Nascimento	Ano:　ês:　Dia: （dade:　nos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-ku,			Telefone	

Leia com atenção as perguntas a seguir e circula o número da resposta correspondente.

1 Qual seu último período menstrual? Início - Ano:（　）Mês:（　）Dia:（　）, durante（　）dias. / Passei pela menopausa. Idade（　）
2 Qntd de gravidez　Gestações:（　）vezes.　Partos:（　）vezes.　3 Última gravidez aos（　）anos.
4 Já tomou vacina contra o HPV (vacina do câncer do colo do útero)　1. Não　2. Sim　3. Não sei
5 Já teve alguma doença que não seja ginecológica?　1. Não　2. Sim（Nome da doença:　, ano:　mês:　aproximadamente）
6 Já teve alguma das doenças ginecológica?　1. Não　2. Sim（Nome da doença:　, ano:　mês:　aproximadamente）

Alguns dos itens a seguir se aplica a você?
(1) Câncer do colo do útero (câncer invasivo) no passado　(2) Conização do colo do útero　(3) Histerectomia　(4) Está em observação devido a displasia uterina ou exame citológico com anomalias

7 Algum familiar seu já teve câncer ginecológico?　1. Não　2. Sim〔 Câncer de útero　Câncer de ovário　Câncer de mama　Que familiar?（　）〕
8 Fumante?　1. Não　2. Sim　9 Faz uso de hormônio feminino (incluindo pílula anticoncepcional)?　1. Não　2. Sim（　）
10 Já utilizou algum método contraceptivo no interior do útero?　1. Não　2. Sim（　）
11 Teve algum dos sintomas abaixo nos últimos 6 meses?　1. Não　2. Sim
(1) Sangramento fora no período menstrual　(2) Corrimento vaginal（cor rosa, marrom）　(3) Dores no abdômen　(4) Outros（　）
12 Realizou exame de câncer de útero nos últimos 5 anos?
1. Não　2. Sim〔 Última vez: Ano　Mês　aproximadamente.　1. Câncer do colo do útero　2. Câncer endometrial　Resultado:　Sem anomalias/Doença:（　）〕

臨床所見　1. 異常なし　2. 子宮腟部びらん　3. 腟炎　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）
2. 不適正（判定不可能）

1. NILM(陰性)
2. ASC－US(軽度病変疑い)　3. ASC－H(高度病変疑い)　4. LSIL(HPV感染・軽度異形成)
5. HSIL(中等度異形成・高度異形成・上皮内癌)　6. SCC(扁平上皮癌)
7. AGC(腺異形成・腺癌疑い)　8. AIS(上皮内腺癌)　9. Adenocarcinoma(腺癌)
10. Other(その他の悪性腫瘍)

細胞診診断　1. 異 常 な し　2. 要精密検査　3. 細胞診再検査を要す（塗抹不良 ・ 固定不良 ・ 標本破損）

コメント　　サイン　MD　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							

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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:

2019/5/1

川崎市子宮頸がん検診結果票

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

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

同日実施	□特 定 健 診　　□肺がん　　□大腸がん　　□胃がん

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

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

子宮頸がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

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

2．子宮頸がん要精密検査
今回の検診結果では、○印の精密検査が必要ですので、医療機関で受けてください。
（1）　直ちにコルポ診※及び組織診を受けてください。※拡大鏡で観察する検査
（2）　直ちにHPV検査を受けてください。
（3）　経過観察の必要がありますので、6か月後、あるいは（　　）か月後に細胞診による精密検査を受けてください。
精密検査には『子宮頸がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証』を持参してください。
なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

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

4．細胞診不適正につき再検査
今回の検診結果では、種々の要因で判定が困難でありました。『健康保険証』を持参の上、希望される

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

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

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

総合判定	1.　精密検査不要 2.　子宮頸がん要精密検査　⇒　自院で実施　・　他院を紹介（医療機関名　　） （1）　直ちにコルポ診及び組織診　（2）　HPVによるトリアージ　（3）　6か月後、あるいは（　）か月後の細胞診 3.　要精密検査(子宮頸がん以外)　→　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
備考：

2019/5/1

第4号様式の3（子宮頸がん検診・受診者用）

Planilha de Resultados do Exame de Câncer do Colo do Útero da Cidade de Kawasaki

*** Realizou exame de câncer de útero da cidade de Kawasaki no ano fiscal passado (entre primeiro de abril a 31 de março)?**
1 Sim　　2 Não

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

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Nascimento	Ano:　　ês:　　Dia: (dade:　　nos)
Endereço	Kawasaki-shi, _____-ku,			Telefone	

Comunicado sobre resultados do exame de câncer do colo do útero

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "o" são os relevantes.

1. Sem anomalias
Não foram encontradas anomalias neste exame. Certifique-se de continuar a realizar o exame de câncer do colo do útero regularmente, 1 vez a cada 2 anos. Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.

2. Requer exame de câncer do colo do útero minucioso
De acordo com os resultados deste exame, são necessários os exames minuciosos circulados. Realize-os na sua instituição médica.
(1) Colposcopia e exame histopatológico imediatos. * Exame de observação com uso de lente de aumento.
(2) Exame de HPV imediato.
(3) É necessário seguir em observação. Assim, após 6 meses, ou（　）meses, realize exame minucioso de citologia.
Na ocasião dos exames minuciosos, leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer do Colo do Útero", "Carta de Apresentação ", "Comunicado de Resultados de Exame Minucioso" e a "carteirinha do seguro de saúde".
Os resultados dos exames minuciosos serão compartilhados entre a cidade de Kawasaki e a instituição médica em questão.

3. Exame minucioso necessário (excetuando o exame de câncer do colo do útero)
De acordo com os resultados do exame, há suspeita de outra doença.
É necessário realizar exames minuciosos. Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer do Colo do Útero" e "carteirinha do seguro de saúde"
até a instituição médica de sua preferência.

4. Novo exame necessário (devido ao exame citológico inadequado)
De acordo com os resultados deste exame, não foi possível realizar uma avaliação devido a diversos fatores. Leve a "carteirinha do seguro de saúde" até a instituição médica de sua preferência e realize novo exame.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

Atenção: O exame de câncer do colo do útero tem eficácia na redução da mortalidade comprovada cientificamente, mas não há garantia total de que o câncer poderá ser encontrado.
Além disso, mesmo na ausência de câncer, há casos de resultado "positivo".

* O câncer do colo do útero é responsável por um quantidade comparativamente alta dos casos de câncer entre as mulheres do Japão, e tem apresentado alta nos últimos anos.
Certifique-se de realizar exame periodicamente, 1 vez a cada 2 anos, visando proteger a sua saúde.
* Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde. Traga-a na sua próxima consulta.
* Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.

Avaliação geral	1. Exame minucioso desnecessário 2. Exame de câncer do colo do útero minucioso necessário - Realização neste hospital / Indicação de outro hospital（Nome da instituição:　　） (1) Colposcopia e exame histopatológico imediatos - (2) Exame de HPV em triagem - (3) Após 6 meses, ou após（　）meses: exame citológico 3. Exame minucioso necessário (excetuando o exame de câncer do colo do útero) → a．Pólipos cervicais - b．Fibroides uterinos - c．Tumor anexial: esquerdo/direito　d．Outro (　　) 4. Novo exame citológico necessário (novo exame devido ao exame citológico inadequado)							
	Assinatura do médico		Tipo do exame	1	Câncer do colo	2	Câncer do colo ＋ endometrial	3 Câncer do colo ＋ endometrial（Coleta não possível）
Comentário do médico								

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　　Mês:　　Dia:　　Assinatura do 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：

2019/5/1

第4-2号様式（子宮体がん検診・市提出用）

川崎市子宮体がん検診申込書・記録票

受診年月日	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、該当する項目に〇をつけて下さい。 （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. 子宮腟部びらん	3. 萎縮性腟炎	4. 頸管ポリープ	
	5. 子宮筋腫	6. 付属器腫瘍:左・右	7. その他（　　）		
体部採取方法 ：	1 吸　引	2 擦　過	3 採取不能		

細胞診報告						
顕微鏡所見	表層細胞（　） 赤 血 球（　）	中層細胞（　） 白 血 球（　）	深層細胞（　） 組 織 球（　）	頸管腺細胞（　） 間質細胞（　）	内膜腺細胞（　）	
細胞所見	1. 異常を認めず 5. 内膜腺癌	2. 修復細胞 6. その他	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	
					CT	
細胞診検査年月日		細胞診検査機関名				

総合判定	1. 正 常 範 囲　2. 経 過 観 察　3. 要 再 検 査 4. 要精密検査 ⇒ 自院で実施 ・ 他院を紹介（医療機関名　　）　5. 判 定 困 難
医師サイン	
医師のコメント	

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和　年　月　日　受診者署名

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

2019/5/1

第4-2号様式（子宮体がん検診・市提出用）

Solicitação do Exame de Câncer Endometrial da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

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	

Nome em Kanji		Nome em kana		Nascimento	Ano:　ês:　Dia: （dade:　nos）

Pessoas cujo caso se aplica a algum dos "itens relacionados ao câncer endometrial", como recomendação de primeira opção, devem se consultar em instituição médica em que diversos exames sejam possíveis, tomando todos os cuidados de segurança.
No entanto, caso exista algum item que se aplique ao seu caso, pode-se obter explicações sobre o exame de citologia endometrial (sobre dores e sangramento). Feito isso, caso a paciente concorde, será então possível realizar o exame citológico endometrial, após a execução do exame de câncer do colo do útero.
No caso de mulheres que não tiveram filhos, com experiência de parte apenas por cesariana, o exame citológico do endométrio poderá não ser possível devido ao fechamento do colo do útero.

Endométrio Itens de que se aplicam	Em caso de realização do exame de câncer endometrial, circule os itens que se aplicam. a） Ocorrência de sangramento vaginal irregular nos últimos 6 meses (pequeno sangramento temporário, sangramento após menopausa etc.). b） Ocorrência de menstruação irregular nos últimos 6 meses (hipermenorreia, menstruação fora de ciclo). c） Ocorrência de corrimento marrom nos últimos 6 meses. d） Outro considerado necessário pelo médico
Entrevista médica	Faz uso de hormônio feminino (incluindo pílula anticoncepcional)?　1 Não　2 Sim (　　)
Termo de consentimento	Em concordo em realizar exames de câncer do colo do útero e câncer endometrial. Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do examinado

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

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

細胞診報告						
顕微鏡所見	表層細胞（　） 赤 血 球（　）	中層細胞（　） 白 血 球（　）	深層細胞（　） 組 織 球（　）	頸管腺細胞（　） 間質細胞（　）	内膜腺細胞（　）	
細胞所見	1. 異常を認めず 5. 内膜腺癌	2. 修復細胞 6. その他	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	
					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	

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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：

2019/5/1

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、該当する項目に〇をつけて下さい。 （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。〇印が該当項目です。

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

2．経過観察
今回の検診結果では、経過観察の必要があります。
（3、6、12）か月後に『子宮体がん検診結果票』『健康保険証』を持参の上、今回受診した医療機関で受診してください。

3．要再検査
今回の検診結果では、再検査の必要があります。
『子宮体がん検診結果票』『健康保険証』を持参のうえ、ただちに適切な医療機関で受診してください。

4．要精密検査
今回の検診結果では、精密検査の必要があります。
『子宮体がん検診結果票』『精密検査結果報告書』『健康保険証』を持参のうえ、ただちに下記の医療機関で受診してください。

5．判定困難
今回の検診結果では、種々の要因で判定が困難でありました。
『健康保険証』を持参の上、希望される医療機関で再度受診してください。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

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

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

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和　年　月　日　受診者署名

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

2019/5/1

第4-2号様式の3（子宮体がん検診・受診者用）

Planilha de Resultados do Exame de Câncer Endometrial da Cidade de Kawasaki

Data do exame	Reiwa　　ano　　mês　　dia		Instituição de exame	
Parcela de custo	1. Sim　2. Não	Motivo da parcela de custo "2. Não"	1. Seguro saúde　2. Isento de impostos　3. 70 anos ou mais	

Nome em Kanji		Nome em kana		Nascimento	Ano:　ês:　Dia: （dade:　nos）

Pessoas cujo caso se aplica a algum dos "itens relacionados ao câncer endometrial", como recomendação de primeira opção, devem se consultar em instituição médica em que diversos exames sejam possíveis, tomando todos os cuidados de segurança.
No entanto, caso exista algum item que se aplique ao seu caso, pode-se obter explicações sobre o exame de citologia endometrial (sobre dores e sangramento). Feito isso, caso a paciente concorde, será então possível realizar o exame citológico endometrial, após a execução do exame de câncer do colo do útero.
No caso de mulheres que não tiveram filhos, com experiência de parte apenas por cesariana, o exame citológico do endométrio poderá não ser possível devido ao fechamento do colo do útero.

Endométrio Itens de que se aplicam	Em caso de realização do exame de câncer endometrial, circule os itens que se aplicam. a）Ocorrência de sangramento vaginal irregular nos últimos 6 meses (pequeno sangramento temporário, sangramento após menopausa etc.). b）Ocorrência de menstruação irregular nos últimos 6 meses (hipermenorreia, menstruação fora de ciclo). c）Ocorrência de corrimento marrom nos últimos 6 meses. d）Outro considerado necessário pelo médico
Entrevista médica	Faz uso de hormônio feminino (incluindo pílula anticoncepcional)?　1 Não　2 Sim (　　)
Termo de consentimento	Em concordo em realizar exames de câncer do colo do útero e câncer endometrial. Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do examinado

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Comunicado sobre resultados do exame de câncer endometrial

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "o" são os relevantes.

1. Sem anomalias
Não foram encontradas anomalias neste exame.
Caso apresente algum sintoma subjetivo, consulte a instituição médica mais próxima.

2. Requer observação
De acordo com os resultados deste exame, é necessário continuar observando o estado de saúde.
Após (3, 6 e 12) meses, Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer Endometrial" e "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica onde realizou o exame para realizar novo exame.

3. Requer novo exame
De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar novo exame.
Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer Endometrial" e "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica adequada e realize exames o mais rápido possível.

4. Requer exame minucioso
De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar exame minucioso.
Leve a "Planilha de Resultados do Exame de Câncer Endometrial", "Relatório de Resultados de Exame minucioso" e "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica descrita abaixo e realize exames o mais rápido possível.

5. Não é possível avaliar
De acordo com os resultados deste exame, não foi possível realizar uma avaliação devido a diversos fatores.
Leve a "carteirinha do seguro de saúde" para a instituição médica de preferência para realizar novo exame.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

*** Certifique de examinar-se periodicamente.**
*** Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde. Traga-a na sua próxima consulta.**
*** Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.**

Avaliação geral	1. Dentro da normalidade　2. Requer observação　3. Requer novo exame 4. Exame minucioso necessário ⇒ Realização neste hospital - Indicação de outro hospital（Nome da instituição:　　）　5 Não é possível avaliar
Assinatura do médico	
Comentário do médico	

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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：

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	□ 特定健診　□ 肺がん　□ 大腸がん　□ 胃がん　□ 子宮がん

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

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

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

1．既往歴及び家族歴

（1）乳がん検診を受けたことがありますか　1．初めて　2．受けた事がある（前回　年　月頃）

（2）乳房の病気をしたことがありますか　1．ない　2．ある（　歳の時：病名　）

（3）家族（血族）に「乳がん」の人がいましたか　1．いない　2．いる（続柄　）

2．月経及び妊娠等に関すること

（1）閉経について　1．閉経前　2．閉経後（　歳の時に閉経）

閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか　（　月　日から　日間）

（2）妊娠・出産をしたことはありますか　1．ない　2．ある（妊娠　回・分娩　回）

3．現在の症状

（1）乳房の自己検診をしていますか　1．していない　2．している（　年くらい前から）

（2）乳房に痛みがありますか　1．ない　2．ある（ 右 ・ 左 ）

（3）乳房にしこりがありますか　1．ない　2．ある（ 右 ・ 左 ）

（4）乳房・乳頭の変形がありますか　1．ない　2．ある（ 右 ・ 左 ）

（5）乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか　1．ない　2．ある（ 右 ・ 左 ）

Solicitação do Exame de Câncer de Mama da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

*** Realizou exame de câncer de mama da cidade de Kawasaki no ano fiscal passado?　1．Sim　2．Não**

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

同日実施	□ 特定健診　□ 肺がん　□ 大腸がん　□ 胃がん　□ 子宮がん

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Nascimento	Ano:　ês:　Dia: （dade:　nos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku**,			Telefone	

Leia com atenção as perguntas a seguir e circula o número da resposta correspondente.

1. Histórico médico e histórico familiar

(1) Já realizou exame de câncer de mama?　1．Primeira vez　2．Já realizei（Última vez - Ano:　Mês:　aproximadamente）

(2) Já teve alguma doenças nas mamas?　1．Não　2．Sim（Aos　anos. Nome da doença:　）

(3) Já teve algum familiar (consanguíneo) acometido por câncer de mama?　1．Não　2．Sim　（Parentesco:　）

2. Sobre período menstrual e gravidez

(1) Sobre menopausa　1．Antes da menopausa　2．Depois da menopausa（Idade da menopausa:　）

Para pessoas antes da menopausa: Quando foi seu último período menstrual?　（Mês:　Dia:　, durante　dias）

(2) Já esteve grávida/deu a luz?　1．Não　2．Sim　Gestações:（　）vezes. Partos:（　）vezes.

3. Sintomas atuais

(1) Tem realizado o autoexame das mamas?　1．Não　2．Sim　（Desde　anos atrás aproximadamente）

(2) Sente dores nas mamas?　1．Não　2．Sim　（ direita - esquerda ）

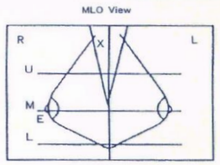
(3) Possui caroços nas mamas?　1．Não　2．Sim　（ direita - esquerda ）

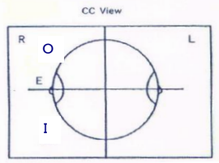
(4) Há alteração na forma da mama/mamilo?　1．Não　2．Sim　（ direita - esquerda ）

(5) Há sangramento, ou vazamento de leite ou secreção nas mamas?　1．Não　2．Sim　（ direita - esquerda ）

①医療機関控え（二次読影後）→市提出　3部複写

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）





① 腫　瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺 縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃 度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

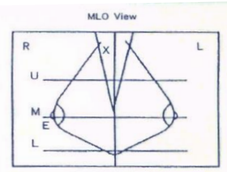
② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性
3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分 布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

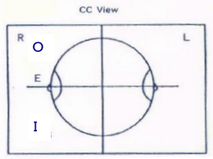
③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

一次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性
読影医師名	明らかにがんの所見があり　⇒　要医療（○をしてください）

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）

二次読影年月日	令和　年　月　日
フィルム評価	1. 読影可能　2. 読影不能（右乳房・左乳房・両乳房）→（理由：1. 体動　2. 撮影条件不良　3. ポジショニング不良　4. マンモ不適　5. その他（　））
乳房の構成	〔脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度〕　豊胸術後





① 腫　瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺 縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃 度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性
3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分 布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

二次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要　2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

精密検査実施医療機関	1．自院で実施　・　2．他院を紹介　医療機関名（　）

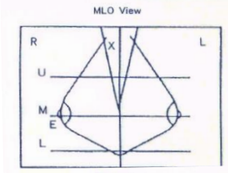
検診結果について、説明・指導を受けました。令和　年　月　日　受診者署名

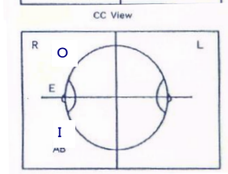
医師記載欄　来院しないので　□結果を郵送　□医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考：

2019/5/1

①医療機関控え（二次読影後）→市提出　3部複写

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）





① 腫　瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺 縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃 度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

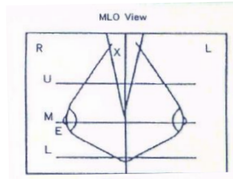
② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性
3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分 布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

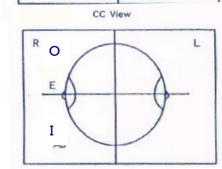
③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

一次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性
読影医師名	明らかにがんの所見があり　⇒　要医療（○をしてください）

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）

二次読影年月日	令和　年　月　日
フィルム評価	1. 読影可能　2. 読影不能（右乳房・左乳房・両乳房）→（理由：1. 体動　2. 撮影条件不良　3. ポジショニング不良　4. マンモ不適　5. その他（　））
乳房の構成	〔脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度〕　豊胸術後





① 腫　瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形
ウ）辺 縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難
エ）濃 度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度

② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性
3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）
ア）部 位　右　MLO（U M L E X W）
（重複チェック可）　CC（I O E W）
左　MLO（U M L E X W）
CC（I O E W）
イ）形 態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分 布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）
ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

二次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要　2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

精密検査実施医療機関	1．自院で実施　・　2．他院を紹介　医療機関名（　）

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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：

2019/5/1

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	☐ 特定健診　☐ 肺がん　☐ 大腸がん　☐ 胃がん　☐ 子宮がん

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

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

乳がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。〇印が該当項目です。

1. 精検不要

今回の検診結果では、詳しい検査を行う必要はありません。

今後も、2年に1回、定期的に検診を受けてください。

ただし、マンモグラフィですべての乳がんを発見することはできません。乳房にしこりなど気になるところがありましたら、次回の検診を待たずに精密検査を受けてください。

また、乳房の構成が「不均一高濃度」、「極めて高濃度」の方は、他の人と比べて乳がんが分かりにくい傾向にあります。この結果票の右側に「乳房の構成」欄がありますので、「不均一高濃度」や「極めて高濃度」に〇印がついていないかご確認ください。

2. 要精密検査

今回の検診結果では、さらに詳しい検査を行う必要があります。

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

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

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証をご持参ください。

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

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

※ 乳がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。

今後もご自身の健康を守るために、2年に1回、定期的に検診をお受けください。

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

※ また、別添のパンフレットを見ながら乳がんの自己触診を行ってください。

第4号様式の3（乳がん検診）

Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Mama Cidade 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	☐ 特定健診　☐ 肺がん　☐ 大腸がん　☐ 胃がん　☐ 子宮がん

As informações clínicas dos pacientes poderão ser utilizadas no gerenciamento da precisão dos exames, bem como em pesquisas sobre o câncer. Nenhuma informação pessoal será revelada.

Nome em Kanji		Nome em kana		Nascimento	Ano: ês: Dia: （dade: nos）
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku**,			Telefone	

Comunicado do Resultado do Exame de Câncer de Mama

O resultado do exame segue conforme a seguir. Os itens com sinal "○" são os relevantes.

1. Exame minucioso desnecessário

De acordo com os resultados deste exame, no momento não é necessário realizar exame minucioso.
Certifique de examinar-se periodicamente, 1 vez a cada 2 anos.
No entanto, nem sempre é possível encontrar o câncer através da mamografia. Possui caroços nas mamas ou outro problema?
Caso surja algum problema, não espere a próxima consulta e realize exames minuciosos.
Pessoas cuja mama possui constituição com "Densidade alta desigual" ou "Densidade muito alta" têm propensão a ter mais dificuldades para que um câncer existente seja encontrado.
Na parte direita desta planilha de resultados há o campo "Constituição da mama". Certifique-se de verificar se há um círculo nos itens "Densidade alta desigual" ou "Densidade muito alta".

2. Exame minucioso necessário

De acordo com os resultados deste exame, é necessário realizar exame minucioso.
* Exames minuciosos exigem procedimentos como imagens adicionais de mamografia ou ultrassom, exame citológico por punção (retirada de células com uso de seringa para observação em microscópio), biópsia por agulha (exame histopatológico através do corte de parte da área afetada) etc.
Leve esta "Planilha de Resultados do Exame de Câncer de Mama", "Carta de Apresentação", "Comunicado de Resultados de Exame Minucioso" e a "carteirinha do seguro de saúde" até a "Instituição Médica de Realização dos Exames Minuciosos" descrita abaixo.
Os resultados dos exames minuciosos serão compartilhados entre a cidade de Kawasaki e a instituição médica em questão.

As próximas consultas e exames serão cobertas pelo Seguro de Saúde. Leve sua carteirinha do seguro.

Atenção: O exame de câncer de mama tem eficácia na redução da mortalidade comprovada cientificamente, mas não há garantia total de que o câncer poderá ser encontrado. Além disso, mesmo na ausência de câncer, há casos de resultado "positivo".

*** Em caso de dúvidas, entre em contato com a instituição médica onde realizou o exame.**

*** O câncer de mama é uma das principais causas de morte por câncer no Japão.**

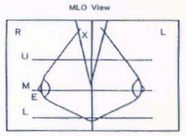
Realize o exame regularmente 1 vez a cada 2 anos para continuar cuidando de sua saúde.

*** Esta planilha de resultados deve ser guardada com cuidado como forma de gerenciamento da sua saúde. Traga-a na sua próxima consulta.**

*** Além disso, realize o autoexame das mama observando o panfleto anexado.**

③受診者用　3部複写

マンモグラフィ検診記録票（一次読影）



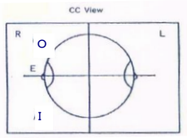
① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）

ア）部位（重複チェック可）
右　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
左　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形

ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難

エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度



② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性
3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）

ア）部位（重複チェック可）
右　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
左　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

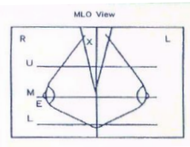
③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）

ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

一次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性
読影医師名	明らかにがんの所見があり　⇒　要医療（○をしてください）

読影判定会記録票（マンモグラフィ二次読影）

二次読影年月日	令和　年　月　日
フィルム評価	1. 読影可能　2. 読影不能（右乳房・左乳房・両乳房）→ 理由：1. 体動　2. 撮影条件不良　3. ポジショニング不良　4. マンモ不適　5. その他（　）
乳房の構成	〔脂肪性、乳腺散在、不均一高濃度、極めて高濃度〕　豊胸術後



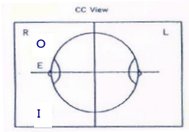
① 腫瘤　1. なし　2. あり（以下ア～エまで記入）

ア）部位（重複チェック可）
右　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
左　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

イ）形状　1. 円形・楕円形　2. 多角形　3. 分葉状　4. 不整形

ウ）辺縁　1. 境界明瞭　2. 微細分葉状　3. 境界不明瞭　4. スピキュラ　5. 評価困難

エ）濃度　1. 含脂肪　2. 低濃度　3. 等濃度　4. 高濃度



② 石灰化　1. なし　2. 明らかな良性
3. 良悪性の識別必要（以下ア～ウまで記入）

ア）部位（重複チェック可）
右　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
左　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

イ）形態　1. 微小円形　2. 不明瞭　3. 多形性　4. 微細線状分枝状
ウ）分布　1. 散在性　2. 領域性　3. 集簇性　4. 線状　5. 区域性

③ その他の所見　1. なし　2. あり（以下ア～ウのいずれかを記入）

ア）乳腺実質の所見　1. 梁柱の肥厚　2.管状影　3.非対称性乳房組織　4.局所的非対称性陰影　5.構築の乱れ
イ）皮膚の所見　1. 皮膚陥凹　2. 乳頭陥凹　3. 皮膚肥厚　4. 皮膚病変
ウ）リンパ節の所見　1. 腫大腋窩リンパ節　2. 乳房内リンパ節

二次読影判定（カテゴリー分類）	1. 異常なし　2. 良性　3. 悪性を否定できず　4. 悪性の疑い　5. 悪性		
総合判定	1. 精検不要　2. 要精密検査	読影医師名	
二次読影医コメント			

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

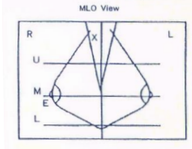
検診結果について、説明・指導を受けました。 令和　年　月　日　受診者署名

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

2019/5/1

3部複写

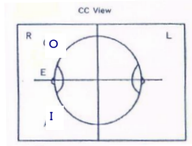
Planilha de registro de mamografia (primeira interpretação)



① Tumor　1. Ausente　2. Presente（Preencher itens de "a" até "d" abaixo）

a) Local（É possível marcar mais de um）
Direita　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
Esquerda　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

b) Formato　1. Circular・elíptico　2. Poligonal　3. Folha　4. Irregular
c) Bordas　1. Bordas bem definidas　2. Forma de pequenas folhas　3. Bordas indefinidas　4. Espícula　5. Não é possível avaliar
d) Densidade　1. Contém gordura　2. Baixa densidade　3. Densidade média　4. Alta densidade



② Calcificação　1. Não　2. Benigno evidente
3. Necessita definir benigno/maligno（Preencher itens de "a" até "c" abaixo）

a) Local（É possível marcar mais de um）
Direita　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
Esquerda　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

b) Formato　1. Pequeno círculo　2. Indefinido　3. Muiltiforme　4. Micro linhas com ramificações
c) Distribuição　1. Espalhado　2. Concentrado　3. Acumulado　4. Linear　5. Territorial

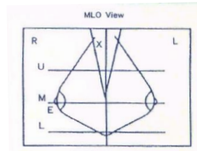
③ Outras anomalias　1. Ausente　2. Presente (escolha entre os itens de "a" até "c")

a) Anomalias nas glândulas mamárias　1. Engrossamento das trabéculas　2. Imagem de forma tubular　3. Assimetria dos tecidos mamários　4. Imagem assimétrica localizada　5. Desarranjo da composição
b) Anomalias na pele　1. Concavidade na pele　2. Concavidade no mamilo　3. Engrossamento da pele　4. Lesão na pele
c) Anomalias nos linfonodos　1. Inchaço nos linfonodos das axilas　2. Linfonodos no interior das mamas

Avaliação da primeira interpretação (categorização)	1. Sem anomalias　2. Benigno　3. Não é possível descartar como maligno　4. Suspeita de tumor maligno　5. Maligno
Nome do médico responsável pela interpretação	Anomalia de câncer evidente ⇒ Exige tratamento（Circular）

Planilha de registro de avaliação da interpretação (segunda interpretação da mamografia)

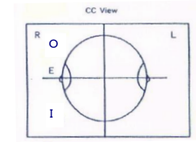
Data da segunda interpretação	Ano:　Mês:　Dia:
Avaliação do filme	1. Interpretação possível　2. Interpretação impossível（Mama direita - Mama esquerda - ambas as mamas）→ Motivo：1. Movimentos corporais　2. Condições de realização de imagem inadequadas　3. Posicionamento inadequado　4. Mamografia imprópria　5. Outro（　）
Constituição da mama	〔Gordurosa, Glândulas espalhadas, Densidade alta desigual, Densidade muito alta〕 Pós-mamoplastia de aumento



① Tumor　1. Ausente　2. Presente（Preencher itens de "a" até "d" abaixo）

a) Local（É possível marcar mais de um）
Direita　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
Esquerda　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

b) Formato　1. Circular・elíptico　2. Poligonal　3. Folha　4. Irregular
c) Bordas　1. Bordas bem definidas　2. Forma de pequenas folhas　3. Bordas indefinidas　4. Espícula　5. Não é possível avaliar
d) Densidade　1. Contém gordura　2. Baixa densidade　3. Densidade média　4. Alta densidade



② Calcificação　1. Não　2. Benigno evidente
3. Necessita definir benigno/maligno（Preencher itens de "a" até "c" abaixo）

a) Local（É possível marcar mais de um）
Direita　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）
Esquerda　MLO（U　M　L　E　X　W）
　　CC（I　O　E　W）

b) Formato　1. Pequeno círculo　2. Indefinido　3. Muiltiforme　4. Micro linhas com ramificações
c) Distribuição　1. Espalhado　2. Concentrado　3. Acumulado　4. Linear　5. Territorial

③ Outras anomalias　1. Ausente　2. Presente (escolha entre os itens de "a" até "c")

a) Anomalias nas glândulas mamárias　1. Engrossamento das trabéculas　2. Imagem de forma tubular　3. Assimetria dos tecidos mamários　4. Imagem assimétrica localizada　5. Desarranjo da composição
b) Anomalias na pele　1. Concavidade na pele　2. Concavidade no mamilo　3. Engrossamento da pele　4. Lesão na pele
c) Anomalias nos linfonodos　1. Inchaço nos linfonodos das axilas　2. Linfonodos no interior das mamas

Avaliação da 2a interpretação (classificação)	1. Sem anomalias　2. Benigno　3. Não é possível descartar como maligno　4. Suspeita de tumor maligno　5. Maligno		
Avaliação geral	1. Exame minucioso desnecessário　2. Exame minucioso necessário	Nome do médico responsável pela interpretação	
Comentário do médico da 2a interpretação			

Instituição do exame minucioso	1. Realização neste hospital /　2.Indicação de outro hospital（Nome da instituição:　）

Recebi explicações/orientações sobre o resultado dos exames.
Ano:　Mês:　Dia:　Assinatura do 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：

第 4号様式（骨粗しょう症検診・市提出用）

※市記入欄

川崎市骨粗しょう症検診 申込書・記録票

□40歳・□45歳・□50歳・□55歳・□60歳・□65歳・□70歳

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

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	

↓ 該当数字を〇で囲んでください

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	

第 4号様式（骨粗しょう症検診・市提出用）

※市記入欄

Solicitação do Exame de Osteoporose da Cidade de Kawasaki/Planilha de registro

□ 40 anos・□ 45 anos・□ 50 anos・□ 55 anos・□ 60 anos・□ 65 anos・□ 70 anos

* Aos que realizarão o exame: preencha os itens das bordas grossas de forma firme.

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

Nome em Kanji		Nome em kana		fem.	Nascimento - Ano:　Mês:　Dia:
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku,**			Telefone	

↓ 該当数字を〇で囲んでください

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	

2019/5/1

第 4号様式の3（骨粗しょう症検診・受診者用）

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

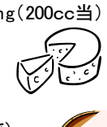
1．食　事・・カルシウムをしっかりとる。
　　ビタミン類を多く含む食品を積極的に食べる。
2．運　動・・適度な運動を毎日継続する。例）1日30分～1時間歩く。
3．日光浴・・１日３０分～１時間程度木陰で日光浴をする。

カルシウムを多く含む食品の例です

牛乳
227mg（200cc当）

脱脂粉乳
66mg（大さじ1杯当）

素干しさくらえび
200mg（10g当）



プロセスチーズ
126mg（20g当）

こまつな（ゆで）
75mg（50g当）

木綿とうふ
86mg（100g当）

しらす干し
42mg（20g当）

まいわし丸干し
110mg（25g当）

しじみ
72mg（30g当）

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 ■

さかな

きのこ

2019/5/1

第 4号様式の3（骨粗しょう症検診・受診者用）

Exame de Osteoporose da Cidade de Kawasaki - Planilha de Resultados

□ 40 anos・□ 45 anos・□ 50 anos・□ 55 anos・□ 60 anos・□ 65 anos・□ 70 anos

診　査　日	令和　　年　　月　　日	診査機関名	

Nome em Kanji		Nome em kana		fem.	Nascimento - Ano:　Mês:　Dia:
Endereço	Kawasaki-shi, _____-**ku**,				Telefone

Exame de Osteoporose	Método de exame	1	Exame na coluna lombar por DXA
		2	Exame por MD, SXA（　　）
		3	Exame por ultrassom
	Local da medição（　　）　Valor do resultado da medição（		
	Parecer		1. Sem anomalias　2. Requer orientação　3. Exame minucioso necessário （　　）
		Médico avaliador	

Como estão seus ossos?

＜Previna fraturas＞

Pontos de prevenção da osteoporose

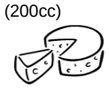
1. Dieta: Consumir cálcio adequadamente.
　　Comer alimenos ricos em vitaminas regularmente.
2. Exercícios: Realizar exercícios adequados diariamente, de forma contínua.
　　Ex.: Caminhadas de 30min a 1h por dia.
3. Banho de sol: 30min de sol protegido pelas árvores diariamente.

Alimentos ricos em cálcio

Leite
227mg (200cc)

Leite em pó desnat.
66mg (1 colher grande)

Sakura-ebi seco
200mg (10g)



Queijo processado
126mg (20g)

Shirasu seco
42mg (20g)

Komatsuna (cozida)
75mg (50g)

Maiwashi seca
110mg (25g)

Momen tofu
86mg (100g)

Marisco
72mg (30g)

A massa óssea diminui em caso de insuficiência de cálcio no corpo. Recomenda-se a ingestão diária de aproximadamente 650 mg a 700 mg de cálcio. Para melhorar a absorsão de cálcio, coma alimentos que

■ Alimentos com vit D ■

Peixe

Cogumelo

2019/5/1