

大腸がん精密検査依頼書 兼 結果報告書

大腸がん精密検査依頼書

医療機関長 様  
担当医 様

平成 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 担当 TEL \_\_\_\_\_ 係 \_\_\_\_\_

平素より格別の御指導御協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、下記の方は、この度の大腸がん検診において要精検となりましたので、御高診のうえ宜しく御指導をお願い申し上げます。  
なお、お手数ながら精検結果が明らかになりましたら、本状下段の精密検査結果報告書にてご回答くださるようお願い申し上げます。

氏名	(〒 - )	性別 男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年	<input type="checkbox"/> 大正 月	<input type="checkbox"/> 明治 日 ( 歳)
住所	(〒 - )					
検診日	平成 年 月 日	便潜血検査 結果	1回目	陽性	・	陰性
検診受診医療機関			2回目	陽性	・	陰性
検診番号						
検診医						

大腸がん精密検査結果報告書

精密検査結果についてご記入の上、ご返送くださるようお願い申し上げます。

貴院カルテ番号						
精密検査内容	貴院での精密検査の有無	a. なし → 他機関紹介先を下記にご記入ください。 b. あり → 以降実施した検査についてご記入ください。				
	実施したすべての検査に○をつけてください	1. 全大腸内視鏡検査 2. 大腸CT検査 3. S状結腸内視鏡検査 4. 注腸X線検査 5. 生検 6. その他の検査：検査法 ( )				
診断区分	i. 異常なし	1. 異常なし				診断日 (診断区分を決定した日付)
	ii. 大腸の癌腫 <sup>※ア</sup>	2. 粘膜内がん (Tis: 癌が粘膜にとどまり、粘膜下層に及んでいない) 3. 粘膜下層がん (T1: 癌の浸潤が粘膜下層までにとどまり、固有筋層に及んでいない) 4. 粘膜内がんまたは粘膜下層がん (詳細な深達度は不明) 5. 進行がん (T2以上: 癌の浸潤が固有筋層またはそれを超えているもの) 6. 進展度不明				平成 年 月 日
	※ア. 転移性の腫瘍であることが明らかでない場合はiiに分類してください					
	iii. 大腸の転移性腫瘍	7. 大腸以外の腫瘍からの大腸への転移 (原発臓器: )				病変部位 病変部位のスケッチをお願いします
	iv. 大腸の癌腫以外の腫瘍等	8. 癌腫以外の悪性の腫瘍 <sup>※イ</sup> ( ) 9. ポリープ <sup>※ウ</sup> ( 直径10mm以上 ・ 直径10mm未満 ) 10. その他 <sup>※エ</sup> ( )				
	※イ. 大腸に発生したカルチノイド、リンパ腫等はiv. 8に分類してください ※ウ. 腺腫以外も含む ※エ. 大腸に発生したGIST等はiv. 10に分類してください					
v. がんの疑いまたは未確定	11. がんの疑いまたは未確定 <sup>※オ</sup>					
※オ. 精密検査受診者のうち、検査結果が大腸がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者はv. 11に分類してください 下の欄の「その後の処置」が「4. 治療済み」の場合はv. 11に分類せず最終診断区分をお書きください						
vi. i~v以外の異常 <sup>※カ</sup>	12. i~v以外で良性病変 <sup>※キ</sup> ( ) 13. i~v以外で大腸以外の悪性腫瘍 <sup>※ク</sup> ( ) 14. i~v以外でその他 ( )					
※カ. i~vのいずれにもあてはまらない場合のみviに分類してください(i~vのいずれかにあてはまる場合の記入は不要です) ※キ. 大腸に発生した憩室などはvi. 12に分類してください ※ク. 精密検査にて大腸には病変がない悪性腫瘍はvi. 13に分類してください(例: 胃がん、十二指腸がん、食道がん)						
その後の処置	1. なし: 次回の大腸がん検診へ戻す 2. 定期的に経過観察 ( 月 月 月 日 後予定) 3. 治療予定 (a. 要手術 b. その他: ) 4. 治療済み (平成 年 月 月 日) <sup>※ケ</sup> 治療方法: ( ) 5. 他院に紹介 → 下記にご記入ください ※ケ. 治療済みの場合は、上の欄の「診断区分」には最終診断の区分をお書きください					
精検に伴う偶発症の有無(入院加療を伴うもの)	a. なし b. あり → 内容 ( 穿孔 ・ 出血 ・ その他 ( ) ) 予後 ( 生存 ・ 死亡 )					
他機関紹介	平成 年 月 日	医療機関名				医師名
記載年月日	平成 年 月 日	医療機関名				医師名