

改正後

大腸がん検診受診票 様式1

注意事項
 ・血便、下痢と便秘を繰り返すなどの自覚症状がある方は、大腸がん検診ではなく医療機関で診療を受けてください。
 ・月経中の方は検査の判定が正確にできませんので、時期をずらして便を採取してください。
 ・検診結果が「要精密検査」となった場合は、必ず精密検査を受けてください。

| | | | |
|------|-------|-------|------------------|
| 検診日 | 年 月 日 | 受付番号 | 検体番号 |
| フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年 月 日 生 |
| 氏名 | 男・女 | (満 歳) | |
| 住所 | 〒 | 連絡先 | 携帯 - - 自宅 - - |
| | | 職業 | |

問診 ※該当する項目の□にレ点や()内に記入してください。

| | | |
|---|---|--|
| ① 今までに大腸がん検診を受けたことがありますか >「はい」の場合は、もっとも最近の検査の時期と結果をご記入ください | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい 時期(年 月頃) 結果(<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査) |
| ② 今までに大腸の病気ににかかったことがありますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい □大腸がん(時期: 年頃) (状況: □治療中 □経過観察中) <input type="checkbox"/> その他(病名:) (時期: 年頃) (状況: □治療中 □経過観察中) |
| ③ 家族(血縁)に大腸がんになった人がいますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(続柄:) |
| ④ 便に血や粘膜が混じることがありますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(年 月頃から) |
| ⑤ 便が細くなってきましたか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(年 月頃から) |
| ⑥ 下痢と便秘を繰り返していますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(年 月頃から) |
| ⑦ 痔の病気はありますか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい(年 月頃から) |
| ⑧ 排便回数について教えてください | <input type="checkbox"/> 1日に1回、 <input type="checkbox"/> 1日に2回以上、 <input type="checkbox"/> 2日に1回、 <input type="checkbox"/> 3～6日に1回 | |

大腸がん検診結果

| | |
|---------------|---|
| 所見 | 1回目 定量: () ng/ml 定性: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| | 2回目 定量: () ng/ml 定性: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| 判定結果 | <input type="checkbox"/> 便潜血陰性 <input type="checkbox"/> 要精密検査 |
| 年 月 日 検診実施機関名 | |
| 医師名 | |

※精密検査の結果はお住まいの市町村へと報告されます。また、最初に受診した医療機関と異なる医療機関で精密検査を受けた場合は、医療機関の検診精度向上のため、最初に受診した医療機関にも後日精密検査結果が共有されます。

改正前

大腸がん検診受診票

(様式1)

【注意事項】
 ◆ 受診上の注意事項をよく読んでから検査を受けてください。
 ◆ 現在、「便に血が混じる」「下痢と便秘をくり返す」など、大腸がんを疑う症状のある方は、大腸がん検診ではなく、医療機関で診療を受けてください。
 ◆ 月経中の女性は、検査の判定が正確にできませんので、時期をずらして便を採取してください。
(※市町村により便の提出可能な期間が異なる場合があります。詳しくはお問い合わせください。)
 ◆ 検査の結果、精密検査が必要とされた方は、精密検査を受けなければ検診の意味が無くなりますので、必ず受けてください。

| | | |
|------|------|----------|
| 市町村名 | 検診日 | 平成 年 月 日 |
| 受付番号 | 検体番号 | |

〇〇市(町村)の大腸がん検診を申し込みます。
 大腸がん検診の精度向上のため、検診結果及び精密検査結果等を市町村及び検診実施機関が把握することに同意します。

〇〇市(町村)大腸がん検診申込 兼 同意書(本人署名)

| | | | |
|------|-----|-------|-----|
| フリガナ | 性別 | 生年月日 | 年齢 |
| 氏名 | 男・女 | 年 月 日 | 満 歳 |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |

※ 本表の中には、検診を受ける人が記入してください。
 該当するものを○で囲み、()内に具体的に記入してください。

| | |
|--|--|
| 1 これまでに大腸がん検診や大腸の検査を受けたことがありますか。 (「はい」の場合は、以下もお答えください。) | 1. はい 2. いいえ |
| ① いつ受けましたか(最後に受けた時期) | ()年()月頃 |
| ② どのような検査でしたか | 1. 便潜血検査 2. 全大腸内視鏡 3. その他() |
| ③ そのとき異常があるといわれましたか | 1. はい(病名:) 2. いいえ |
| 2 今までに大腸の病気ににかかったことがありますか。 | 1. はい(病名:) 2. いいえ |
| 3 家族(血縁)に大腸がんになった人がいますか。 | 1. はい(続柄:) 2. いいえ |
| 4 排便について | |
| ① 排便回数 | 1. 1日に1回 2. 1日に2回以上 3. 2日に1回 4. 3～6日に1回 |
| ② 便のかたち | 1. 普通 2. 軟らかい 3. 水様 4. 硬い |
| ③ 便の色 | 1. 茶色 2. 黄色 3. 黒っぽい 4. 赤っぽい |
| ④ 下痢と便秘を繰り返していますか | 1. はい 2. いいえ |
| ⑤ 便が細くなってきましたか | 1. はい 2. いいえ |
| ⑥ 便に血や粘膜が混じることがありますか | 1. はい 2. いいえ |
| ⑦ おしりを拭いた後、紙に血がつかますか | 1. はい 2. いいえ |

大腸がん検診結果

| | |
|------|---|
| 所見 | 1回目 定量: () ng/ml 定性: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| | 2回目 定量: () ng/ml 定性: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 |
| 判定結果 | 1. 便潜血陰性 2. 要精密検査 |

改正後

様式 2 - 1

様

大腸がん検診結果について

年 月 日に実施した大腸がん検診の結果をお知らせいたします。

精密検査不要(陰性) ➤ 今回の便潜血検査の結果、異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。

- ただし、便潜血検査ですべての大腸がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、血便、腹痛、便の性状や回数に変化したなどの自覚症状があった場合は、すぐに直接医療機関(消化器専門)にご相談ください。
- また、症状がなくても1年に1度は必ず検診を受けましょう。

(担 当)
課 名
T E L

改正前

(様式 2 - 1)

様

大腸がん検診結果のお知らせ

年 月 日に受診された検診の範囲では異常を認めません。

今回の便潜血検査の結果は陰性で、異常は認められませんでした。
なお、大腸がんがあっても陰性になることがありますので、1年に1度は必ず検診を受けてください。
また今回の検査で異常がなくても、便に血液が混じったり、その他自覚症状がある場合は、早めに直接医療機関にご相談ください。

平成 年 月 日

〇〇市町村〇〇課
(又は検診実施機関)

| 改正後 | 改正前 |
|--|---|
| <p style="text-align: right;">様式 2 - 2</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診結果について</p> <p>年 月 日に実施した大腸がん検診の結果をお知らせいたします。</p> <p>要精密検査(陽性) > 今回の便潜血検査の結果、さらに詳しい検査が必要です。</p> <p>○便潜血検査により異常を認めましたので、できるだけ早く精密検査を医療機関(消化器専門)で受けてください。自覚症状がない大腸がんもありますので、<u>自覚症状がなくても必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p>精密検査について</p> <p>○精密検査の方法は、主として大腸内視鏡検査(内視鏡が困難な場合等には大腸CT検査あるいはS状結腸内視鏡と注腸エックス線検査の併用など)がありますが、その方法は、疑わしい病変の部位や悪性の可能性の有無により選択されます。</p> <p>○再度便潜血検査を受けることは、精密検査とは言いません。大腸がんから常に出血しているとは限らないため、必ず内視鏡検査等による精密検査を受けてください。</p> <p>○要精密検査となった方の中で、がんが発見される確率は約3%、ポリープが発見される確率は約25%です。 ※厚生労働省「平成27年度地域保健・健康増進事業報告」参考 ※一般社団法人日本消化器がん検診学会「平成26年度消化器がん検診全国集計資料集」参考</p> <p>精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください。</p> <p>①大腸がん検診結果について(本状) ②返信用封筒(精密検査結果報告書在中) ③健康保険証</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>実施機関の長 様</p> <p style="text-align: center;">○○市町村長</p> <p style="text-align: center;">大腸がん精密検査依頼書</p> <p>本書持参の上記の方は、大腸がん検診の結果、精密検査を要すると思われるのでよろしくお願ひします。 なお、要精密検査者の追跡調査を行っておりますので、お手数ながら別添報告書に所定の事項をご記入の上、ご送付くださいますようお願いいたします。</p> </div> | <p style="text-align: right;">(様式 2 - 2)</p> <p style="text-align: center;">様</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診結果のお知らせ</p> <p>年 月 日に受診された大腸がん検診の結果は次のとおりでしたので、お知らせします、</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p style="text-align: center;">便潜血検査で陽性であったため、精密検査が必要です。 できるだけ早く、精密検査を受診してください。</p> </div> <p>陽性の場合、がんがある確率は約3～4%とされていますが、ほかの病気が見つかる場合もあります。陽性の原因を明らかにするためには、大腸内視鏡検査(大腸全体の内視鏡検査が困難な場合は、大腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の組み合わせ)による精密検査が必要となります。</p> <p>精密検査として便潜血検査を繰り返して行うことはがんの見落としにつながりますので、必ず内視鏡検査を受診してください。</p> <p>精密検査を受けられるときは、</p> <p>①この「大腸がん検診のお知らせ」 ②返信用封筒(精密検査結果報告書在中) ③健康保険証</p> <p>等を持参し、病院または医院の受付に提出してください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>精密検査実施機関の長 様</p> <p style="text-align: right;">○○市町村長</p> <p style="text-align: center;">大腸がん精密検査依頼書</p> <p>本書持参の上記の者は大腸がん検診の結果、精密検査を要すると思われるので、御高診の程よろしくお願ひします。</p> <p>なお、和歌山県生活習慣病検診管理指導協議会大腸がん部会において、大腸がん検診の精密検査は原則として「全大腸内視鏡検査」によるものとされています。</p> <p>精密検査として、便潜血検査を繰り返して行うことは大腸がんの見落としにつながりますので、行わないでください。また、注腸エックス線検査のみで精密検査とすることは避けてください。</p> <p>また、和歌山県では要精検者の追跡調査を行っておりますので、お手数ながら別添様式5に所定の事項をご記入の上、返信用封筒にてご送付くださるようお願いいたします。</p> <p>※ 地方公共団体等への精密検査の結果の情報提供は、①個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)、②医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成16年12月24日厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知)において、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされています。</p> </div> |

改正後

改正前

大腸がん精密検査結果報告書

様式3

(様式3)

(市町村長または一次検診実施機関) 様
 年 月 日
 精密検査実施機関名
 医師名 (印)

大腸がん精密検査結果報告書

平成 年 月 日
 (市町村長または検診実施機関の長) 様
 精密検査実施機関名
 医師名 (印)

先に依頼のありました精密検査の結果を、下記のとおり報告します。

先に依頼のありました精密検査の結果を、下記のとおり報告します。

※ 下記には、確定診断をご記入ください。

| | | |
|-------------------------|--|--|
| フリガナ 氏名 | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | |
| 住所 | 〒 | |
| 精密検査日 | 年 月 日 | |
| 検査結果 | 実施した すべての検査に 「✓」をつけてください | <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸CT検査 <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 注腸X線検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他の検査 (検査法) |
| 診断日 (診断区分を決定した日付) | 年 月 日 | |
| 診断区分 | i. 異常なし | <input type="checkbox"/> 異常なし |
| | ii. 大腸の癌腫 | <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 粘膜内がん又は粘膜下層がん (詳細な深達度は不明) <input type="checkbox"/> 進行がん (T2以上: 癌の浸潤が固有筋層又はそれを超えているもの) <input type="checkbox"/> 進展度不明 |
| | iii. 大腸の転移性腫瘍 | <input type="checkbox"/> 大腸以外の腫瘍からの大腸への転移 (原発臓器:) |
| | iv. 大腸の癌腫以外の腫瘍等 | <input type="checkbox"/> 癌腫以外の悪性の腫瘍 () <input type="checkbox"/> ポリープ (直径10mm以上 ・ 直径10mm未満) <input type="checkbox"/> その他 () |
| | v. がんの疑い又は未確定 | <input type="checkbox"/> がんの疑いまたは未確定 |
| | vi. i ~ v 以外の異常 | <input type="checkbox"/> i ~ v 以外で良性病変 () <input type="checkbox"/> i ~ v 以外で大腸以外の悪性腫瘍 () <input type="checkbox"/> i ~ v 以外でその他 () |
| その後の処置 | <input type="checkbox"/> なし: 次回の大腸がん検診へ戻す <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 (ヶ月後予定) <input type="checkbox"/> 治療予定 (<input type="checkbox"/> 要手術 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 治療済み (年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療方法 () <input type="checkbox"/> 他院に紹介 → 下記にご記入ください | |
| 精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの) | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 内容 (<input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他 ()) 予後 (<input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡) | |
| 他機関を紹介した場合 紹介日 医療機関名 | 年 月 日 | |
| 備考 | | |

| | | |
|--|------------------------|-----------|
| 住所 | 氏名 (フリガナ) | 生年月日 |
| 初診日 平成 年 月 日 | 診断日 平成 年 月 日 | |
| 診断方法 (該当箇所に○印を付けてください ※複数選択可) | | |
| 1. 全大腸内視鏡検査 | 2. S状結腸内視鏡 + 注腸エックス線検査 | 3. 大腸CT検査 |
| | 4. 生検病理組織検査 | |
| 病変部位 | | |
| 1. 肛門管 | 2. 直腸 | 3. S状結腸 |
| 4. 下行結腸 | 5. 横行結腸 | 6. 上行結腸 |
| 7. 盲腸 | 8. 虫垂 | 9. 回腸 |
| 精密検査結果 | | |
| 1. 異常認めず | | |
| 2. 大腸がん | | |
| ① 原発性大腸がん 早期がん (粘膜内 ・ 粘膜下層) 進行がん | | |
| ② 転移性大腸がん (原発部位:) | | |
| 3. がん以外の疾患 | | |
| ① 大腸ポリープ [腺腫(10mm未満) ・ 腺腫(10mm以上) ・ 非腺腫] | | |
| ② 大腸憩室 | | |
| ③ 大腸炎 (潰瘍性大腸炎 ・ クロウン病 ・ 虚血性大腸炎 ・ 薬剤性大腸炎) | | |
| ④ 痔疾患 | | |
| ⑤ その他 (病名:) | | |
| 4. その他の疾患 () | | |
| 指示事項 | | |
| 1. 治療の必要なし | | |
| 2. 経過観察 (ヶ月後予定) | | |
| 3. 自院で治療 (内科的治療 ・ 外科的治療 ・ その他:) | | |
| 4. 他院へ紹介 (紹介先医療機関名:) | | |
| 精密検査中/精密検査後の重篤な偶発症 無 ・ 有 (入院加療を要するもの ・ 死亡) | | |
| 備考 | | |