

胃	大腸	子宮	乳

## がん検診結果記入票

※病院の結果表がない場合、医師から聞かれた該当検診の所見・判定をご自身で記入し、提出してください

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		年齢	2021年3月31日時点 [ ] 歳			
受診項目	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 [ <input type="checkbox"/> X線検査 <input type="checkbox"/> その他 ] <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 [ <input type="checkbox"/> 便潜血検査 ] <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 [ <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 内診 <input type="checkbox"/> その他 ] <input type="checkbox"/> 乳がん検診 [ <input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> その他 ]					

胃がん 検診	受診日	西暦	年	月	日	
	医療機関名					
	所見	X線検査				
		その他	※検査項目も記入			
医師の 総合判定	例) 異常ないのでまた1年後に検診を受けてください。半年後に再検査を受けてください。					

大腸がん 検診	受診日	西暦	年	月	日	
	医療機関名					
	判定	1回目				
		2回目				
医師の 総合判定	例) 異常ないのでまた1年後に検診を受けてください。半年後に再検査を受けてください。					

子宮がん 検診	受診日	西暦	年	月	日	
	医療機関名					
	所見	細胞診	ベセスダ診 ( ) 又はクラス診 ( )			
		内診				
		その他	※検査項目も記入			
医師の 総合判定	例) 異常ないのでまた1年後に検診を受けてください。半年後に再検査を受けてください。					

乳がん 検診	受診日	西暦	年	月	日	
	医療機関名					
	所見	視触診				
		超音波 検査	右 :			左 :
		マンモグラフィ	右 :			左 :
		その他	※検査項目も記入			
医師の 総合判定	例) 異常ないのでまた1年後に検診を受けてください。半年後に再検査を受けてください。					