

※結果用紙をもらっていない方は、医師から聞いた結果をこちらにご記入ください

健保記入欄			
胃	大腸	乳	子宮

2022年度 がん検診結果票

※太枠内（該当検診のみ）をご記入ください

社員番号		生年月日	西暦	年	月	日	
(フリガナ)		年齢	(2023年3月31日時点)				歳
氏名							
受診項目	<input type="checkbox"/> 胃がん検診 (<input type="checkbox"/> 胃部X線検査(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(胃カメラ))						
	<input type="checkbox"/> 大腸がん検診 (<input type="checkbox"/> 便潜血検査)						
	<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"/> 子宮がん検診 (<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮体がん検査)						

胃がん検診	受診日	西暦 20 年 月 日				
	検診機関名					
	所見	胃内視鏡検査				
	医師の判定	<input type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 軽度異常だが問題なし <input type="checkbox"/> C: 要経過観察 <input type="checkbox"/> D: 要再検査 <input type="checkbox"/> E: 要精密検査 <input type="checkbox"/> F: 要治療・治療継続				

大腸がん検診	受診日	西暦 20 年 月 日				
	検診機関名					
	所見	便潜血検査	1回目: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + 2回目: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +			
	医師の判定	<input type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 軽度異常だが問題なし <input type="checkbox"/> C: 要経過観察 <input type="checkbox"/> D: 要再検査 <input type="checkbox"/> E: 要精密検査 <input type="checkbox"/> F: 要治療・治療継続				

乳がん検診	受診日	西暦 20 年 月 日				
	検診機関名					
	所見	視触診	右: 左:			
		超音波検査	右: 左:			
		マンモグラフィ	右: 左:			
医師の判定	<input type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 軽度異常だが問題なし <input type="checkbox"/> C: 要経過観察 <input type="checkbox"/> D: 要再検査 <input type="checkbox"/> E: 要精密検査 <input type="checkbox"/> F: 要治療・治療継続					

子宮がん検診	受診日	西暦 20 年 月 日				
	検診機関名					
	所見	細胞診	ペセスダ診 () 又は クラス診 ()			
		内診				
		その他	※検査項目も記入			
医師の判定	<input type="checkbox"/> A: 異常なし <input type="checkbox"/> B: 軽度異常だが問題なし <input type="checkbox"/> C: 要経過観察 <input type="checkbox"/> D: 要再検査 <input type="checkbox"/> E: 要精密検査 <input type="checkbox"/> F: 要治療・治療継続					

記入漏れがある場合はご連絡させていただきます。

ワールド健康保険組合