

2025年度

雇入時健診者用

がん検診結果票

健保記入欄

胃	大腸	乳	子宮	日付

※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

社員番号		生年月日	西暦	年	月	日
(フリガナ) 氏名		年度末年齢	(2026年3月31日時点)			歳
		申請検診	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 大腸	<input type="checkbox"/> 乳	<input type="checkbox"/> 子宮

太枠内（該当検診のみ）記入

胃	受診日	2025 年 月 日				
	受診機関名					
	項目	<input type="checkbox"/> X線検査（バリウム） <input type="checkbox"/> 内視鏡検査（胃カメラ）				
	所見					
	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	受診日	2025 年 月 日				
	受診機関名					
	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	受診日	2025 年 月 日				
	受診機関名					
	項目	<input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 超音波検査（エコー） <input type="checkbox"/> マンモグラフィ				
	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	受診日	2025 年 月 日				
	受診機関名					
	項目	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検査 <input type="checkbox"/> 子宮体がん検査				
	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します。

ワールド健康保険組合