

香川県大腸がん検診の精度管理のための技術的指針の改正について

1 「香川県がん検診の精度管理のための技術的指針」の概要

本指針は県が、市町において国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」（以下「国指針」という。）に基づいた科学的に効果の明らかな方法でがん検診が実施され、その精度向上を図ることを目的に、平成22年3月31日付けで策定したもの。

本指針の改正に当たっては、香川県がん対策推進協議会の各部会において協議している。

2 本指針改正案の内容（新旧対照表は別紙1参照。改正後全文は別紙2参照。）

○「（様式3号）大腸がん検診結果通知書」

- ・「健康保険証」を「マイナ保険証または資格確認書」に改める。
- ・国立がん研究センターが示す「大腸がん検診結果通知書」を参考に、文言を改める。

3 その他（5がん共通）

国指針の令和7年7月1日一部改正（別添参照）により、職域等がん検診（市町が健康増進事業として実施するがん検診以外のがん検診）の受診状況（「職域等がん検診情報」）を把握することが市町の努力義務となった（令和8年4月1日から適用）。

しかしながら、現状は実施に当たっての課題が多く、市町の負担が大きいことから、県としては、引き続き国の動向を注視していきたいと考えるため、県指針には盛り込まないこととしたい。

新旧対照表

別紙1

香川県大腸がん検診の精度管理のための技術的指針

新	旧
<p>第1～第12 略</p> <p>(様式1号)・(様式2号) 略</p> <p>(様式3号) 大腸がん検診結果通知書</p> <div data-bbox="309 480 922 1380" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(様式3号)</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>○印があなたの検診結果です。</p> <p>1 精密検査不要(陰性) … <u>今回の大腸がん検診の結果、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。</u></p> <p><u>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。</u> <u>今回の検査で異常が無くても、血便、腹痛、便の性状や回数の変化などの自覚症状が出た場合は、早い時期に消化器専門の医療機関を受診されるようお勧めします。</u> <u>また、症状が無くても1年に1度は必ず検診を受けましょう。</u></p> <p>2 要精密検査(陽性) … <u>今回の大腸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。</u></p> <p><u>大腸がん検診により異常を認めます。</u> <u>自覚症状がない場合もありますので、検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、できるだけ早く消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u></p> <p><u><精密検査の際は、以下のものを必ず持参してください。></u> <u>・大腸精密検査依頼書</u> <u>・マイナ保険証または資格確認書</u></p> <p>3 判定不能</p> <p><u>提出していただいた検体が条件不良のため、検診結果の判定が不能です。</u> <u>再度、便潜血検査を受けられるようお勧めします。</u></p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p> </div> <p>(様式4-1号)～(様式4-3号) 略</p>	<p>第1～第12 略</p> <p>(様式1号)・(様式2号) 略</p> <p>(様式3号) 大腸がん検診結果通知書</p> <div data-bbox="1294 480 1960 1369" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(様式3号)</p> <p style="text-align: center;">大腸がん検診結果通知書</p> <p style="text-align: right;">_____様</p> <p>○印があなたの検診結果です。</p> <p>1 <u>提出していただいた検体では、便潜血検査は陰性でした。(精密検査不要)</u> <u>これからも、自覚症状が無くても、1年に1回は必ず検診を受けましょう。</u> <u>また、自覚症状があるときは、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。</u></p> <p>2 <u>今回の便潜血検査の結果、陽性でしたので「精密検査」が必要です。</u> <u>検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、「大腸精密検査依頼書」を御持参になり、速やかに最寄りの消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。</u> <u>なお、健康保険証は必ず持参してください。</u></p> <p>3 <u>提出していただいた検体が条件不良のため、検診結果の判定が不能です。</u> <u>再度、便潜血検査を受けられるようお勧めします。</u></p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">検診機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p> </div> <p>(様式4-1号)～(様式4-3号) 略</p>

香川県大腸がん検診の精度管理のための技術的指針

令和8年 月

香川県健康福祉部健康政策課

香川県大腸がん検診の精度管理のための技術的指針

第1	目的	1
第2	検診対象者	1
第3	実施回数	1
第4	検診計画の策定	1
第5	受診勧奨	1
第6	検診方法等	2
第7	検診結果の指導区分	3
第8	検診結果の報告及び通知	3
第9	検診記録の整備及び精密検査結果の把握	3
第10	事業評価	4
第11	検診実施機関	4
第12	精密検査等	5
	(様式1号) 大腸がん検診問診票	6
	(様式2号) 大腸がん検診受診者名簿	7
	(様式3号) 大腸がん検診結果通知書	8
	(様式4-1号) 大腸精密検査依頼書	9
	(様式4-2号) 大腸精密検査結果報告書(検診実施機関用)	10
	(様式4-3号) 大腸精密検査結果報告書(市町用)	11

香川県大腸がん検診の精度管理のための技術的指針

第1 目的

この指針は、すべての市町において、国の指針等に基づいた科学的に効果の明らかな方法で、大腸がん検診及びその精度管理が実施され、さらには事業評価や住民への受診勧奨などが適切に行われることにより、県民のがんの早期発見に資することを目的とする。

第2 検診対象者

大腸がん検診の対象者は、当該市町に居住地を有する40歳以上の者とする。

第3 実施回数

大腸がん検診は、原則として同一人について年1回実施する。

第4 検診計画の策定

関係機関と十分協議の上、大腸がん検診事業計画を策定する。なお、計画の策定に際しては、次の事項に留意する。

- 1 国立がん研究センターが示す「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」*を参考として検診実施機関を決定し、下記の事項等について十分協議を行う。
- 2 検診対象者を住民基本台帳等で把握する。
- 3 検診実施期間、予定人数、実施場所を決定する。
- 4 検診の周知方法とその時期を決定する。
- 5 検診に必要な帳票類（様式1号・3号・4号）を作成する。
- 6 検診実施後の結果集計等を行う（「大腸がん検診受診者名簿」（様式2号）等を利用する。）。

※ 「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
(https://gan.joho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第5 受診勧奨

市町は、大腸がん及び大腸がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、これまで大腸がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。

受診勧奨は、受診率の向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。

- 1 受診者の拡大に努めるとともに、受診者の固定化を防止し、検診の効果の向上を図る。
- 2 罹患率や有病率などを参考とし、大腸がん対策上重要と考えられる年齢層の受診を促進する。
- 3 他のがん検診受診機会の有無を確認するなど、対象者を正確に把握する。

- 4 検診対象者のリストを作成し、がん検診受診状況等を台帳等により管理する。
- 5 がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。

＜がん検診の利益・不利益について＞

(利益の例)

- ・ 検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること
- ・ 早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと
- ・ がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等

(不利益の例)

- ・ 偽陰性、偽陽性（また、その判定結果を受けて不安を生じることや、結果として不必要な精密検査を受ける場合があること。） 、過剰診断、偶発症等

第6 検診方法等

検診項目は、問診及び免疫便潜血検査2日法とする。

1 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

2 免疫便潜血検査2日法

(1) 測定用キット

それぞれの測定用キットの特性並びに市町における検体処理数及び採便から測定までの時間等を勘案して、最適のものを採用する。

(2) 採便方法

採便用具（スティック、ろ紙等）を配布し、自己採便とする。

なお、採便用具の使用方法、採便量、初回採便から2回目までの日数及び初回採便後の検体の保管方法等は、検診の精度に大きな影響を与えることから、採便用具の配布に際しては、その旨を受診者に十分説明をする。

また、採便用具の配布は、検体の回収日時を考慮して、適切な時期に行う。

(3) 検体の回収

初回の検体は、受診者の自宅において冷蔵保存（冷蔵庫での保存が望ましい。）し、2回目の検体を採取した後、即日回収することを原則とする。

また、やむを得ず即日回収できない場合でも、回収までの時間を極力短縮し、検体の回収、保管及び輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払う。

なお、検診受診者から検診実施機関への検体郵送は、温度管理が困難であり、検査の精度が下がることから、原則として行わない。

受診者から検体を回収して自施設で検査を行うまでの間、あるいは検査施設に引き渡す

までの間は冷蔵保存する。

(4) 検体の測定

検体回収後速やかに行うものとし、速やかな測定が困難な場合は、冷蔵保存する。

3 検体の測定結果の記録

- (1) 検診実施機関は、検体の測定結果を「大腸がん検診問診票」（様式1号）等に記録し、少なくとも5年間は保存する。
- (2) 検診実施機関は、検診結果を市町に報告する。

第7 検診結果の指導区分

検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の内容の指導を行う。

なお、精密検査の要否は免疫便潜血検査2日法の結果に基づき決定することとし、問診結果のみで「要精検」としないこと。

1 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するように指導する。

2 「精検不要」と区分された者

翌年の検診受診を勧める。併せて、検診で精検不要であったとしても、検診後に大腸がんが疑われる症状等が出現した場合は、速やかに医療機関を受診するように指導する。

第8 検診結果の報告及び通知

- 1 市町又は検診実施機関は、検診終了後速やかに、検診結果を「大腸がん検診受診者名簿」（様式2号）等に記録する。
- 2 市町又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者あてに「大腸がん検診結果通知書」（様式3号）を作成し、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知する。
 - (1) 要精検：「大腸がん検診結果通知書」（様式3号）及び「大腸精密検査依頼書」（様式4号）
 - (2) 精検不要：「大腸がん検診結果通知書」（様式3号）

第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握

1 検診記録の整備

市町は、検診実施機関等と連携を図り、「大腸がん検診受診者名簿」（様式2号）等に、受診者の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、検診結果、精密検査の必要性の有無、精密検査の受診勧奨の有無、精密検査受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、国のがん検診事業等の報告である「地域保健・健康増進事業報告」に対応できる集計表を作成する。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じ個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

2 大腸がん検診精密検査結果の把握

市町又は検診実施機関は、「大腸精密検査依頼書」（様式4号）等により精密検査実施医療機関に精密検査を依頼するとともに、その結果を把握する。

第10 事業評価

がん検診における事業評価については、令和5年6月に厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会においてとりまとめられた報告書「がん検診事業のあり方について」（以下「報告書」という。）において示された基本的な考え方を基に、「事業評価のためのチェックリスト」*（以下「チェックリスト」という。）等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応的中度、がん発見率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うこととする。

市町は、「チェックリスト（市区町村用）」*を参考とするなどして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、大腸がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

また、県は、大腸がん部会において、全国がん登録を活用するとともに、「チェックリスト（都道府県用）」*を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行う。さらに、「チェックリスト（市区町村用及び検診実施機関用）」*の結果を踏まえ、市町に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。

※ 「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」を参考にする。

「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」
(https://gan.joho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第11 検診実施機関

- 1 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で大腸がん検診が円滑に実施されるよう、「チェックリスト（検診実施機関用）」を参考とするなどして、便潜血検査等の精度管理に努める。
- 2 検診実施機関は、大腸がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。
- 3 検診実施機関は、精密検査実施機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。
- 4 検診実施機関は、検診結果を少なくとも5年間は保管しなければならない。
- 5 検診実施機関は、香川県がん対策推進協議会及び大腸がん部会における検診結果や助言を踏まえ、実施方法の改善に努める。

第12 精密検査等

- 1 大腸がん検診は、精密検査の受診率が他のがん検診に比べて低いことから、市町は、その向上のため、精密検査の実施体制の整備を図るとともに、大腸がん検診において「要精検」とされた場合は、必ず精密検査を受けるよう、あらかじめ全ての検診受診者に周知する。
なお、その際には、精密検査を実施することにより、大腸がんの早期治療ができる可能性があるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行う。
- 2 精密検査実施医療機関は、精密検査の結果を、速やかに検査を依頼した者に対し通知する。
- 3 大腸がん検診の実施に当たっては、精密検査の実施体制が整っていることが不可欠であり、精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。
- 4 精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用による精密検査を実施する。
ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施する。
- 5 便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わない。

大腸がん検診問診票

市町名 _____

検体採取日	①	年	月	日	検体番号	
	②	年	月	日	検体番号	
検体提出日		年	月	日	回収日	年 月 日
ふりがな				住 所		
氏 名						
電話番号				性 別	男 ・ 女	
生年月日	年		月	日 (歳)	

※ あてはまるものを○で囲み、()に必要事項を記入してください。

1 これまでに大腸がん検診を受けたことがありますか																
(1)あり	(2)なし															
↓ <table border="0"> <tr> <td rowspan="4">}</td> <td>(1) 今回初めて</td> <td rowspan="4">※前回の大腸がん検診の結果</td> <td rowspan="4">)</td> </tr> <tr> <td>(2) 昨年受診あり</td> </tr> <tr> <td>(3) 過去3年以内に受診あり</td> </tr> <tr> <td>(4) 過去3年以内に受診なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td>a 異常あり (結果</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>b 異常なし</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	}	(1) 今回初めて	※前回の大腸がん検診の結果)	(2) 昨年受診あり	(3) 過去3年以内に受診あり	(4) 過去3年以内に受診なし		a 異常あり (結果				b 異常なし			
}		(1) 今回初めて			※前回の大腸がん検診の結果)										
		(2) 昨年受診あり														
		(3) 過去3年以内に受診あり														
	(4) 過去3年以内に受診なし															
	a 異常あり (結果															
	b 異常なし															
2 1年以内に大腸の内視鏡検査を受けたことがありますか																
(1)ある(検査日: 年 月 日)	(2)なし															
3 最近の体重について																
(1)変わらない	(2)減ってきた	(3)増えてきた														
4 最近のあなたの便通について																
()日に()回																
5 肛門から血が出たり、便に血が混じることがありますか																
(1)あり	(2)なし															
↓	どの様な色ですか	a 真っ赤	b 赤黒	c 黒っぽい												
	a トイレtp紙につく	b 血だけポタポタ出る														
	c 便に血が混じっている															
6 次の病気にかかったことがありますか。																
(1)食道・胃・十二指腸の病気	a あり(病名)	b なし														
(2)大腸の病気	a あり(病名)	b なし														
(3)肛門の病気	a あり(病名)	b なし														
7 血縁の人にがんにかかった人がいますか																
(1)いる	(2)いない															
↳ (1)の場合	誰が: _____	病名: _____														

検診実施機関記載欄

便潜血検査結果	検査日	年	月	日
1日目 (+ ・ - ・ 検体不良 ・ なし) 2日目 (+ ・ - ・ 検体不良 ・ なし)				
検査キット名	()			

(様式2号)

大腸がん検診受診者名簿

市町名: _____

検体回収日: 年 月 日

回収場所: _____

実施人員: _____

検体 No.	氏名	性別	生年月日 年齢	国民健康 保険の被 保険者	住所・電話 番号	3年以内 受診歴	検診結果			要精検の 有無	精密検査の受診			
							便潜血検査判定区分				受診勧奨	精検受診	精検 未受診	精検受診 不明 (未把握)
							陽性	陰性	判定不能					

(下段に続く)

精密検査結果								偶発症の有無		備考
								精検中/精検後		
異常なし	大腸がん (転移性を 含まない)	大腸がん のうち早期 がん	早期がん のうち粘膜 内がん	大腸がん の疑い又 は未確定	腺腫	最大の腺腫の大きさ		大腸がん 及び腺腫 以外の 疾患(転移 性の大腸 がんを含 む)	重篤な偶 発症を確 認	
						直径10mm 以上	直径10mm 未満			

大腸がん検診結果通知書

様

○印があなたの検診結果です。

- 1 精密検査不要(陰性) … 今回の大腸がん検診の結果、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無くても、血便、腹痛、便の性状や回数の変化などの自覚症状が出た場合は、早い時期に消化器専門の医療機関を受診されるようお勧めします。

また、症状が無くても1年に1度は必ず検診を受けましょう。

- 2 要精密検査(陽性) … 今回の大腸がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

大腸がん検診により異常を認めます。

自覚症状がない場合もありますので、検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、できるだけ早く消化器専門医療機関を受診し、必ず精密検査を受けてください。

<精密検査の際には、以下のものを必ず持参してください。>

- ・大腸精密検査依頼書
- ・マイナ保険証または資格確認書

3 判定不能

提出していただいた検体が条件不良のため、検診結果の判定が不能です。

再度、便潜血検査を受けられるようお勧めします。

年 月 日

検診機関名

担当医師

大腸精密検査依頼書

① 大腸精密検査実施医療機関保存用

大腸精密検査実施医療機関 殿

市町名 _____

下記の方は大腸がん検診の結果、精密検査を要するのでよろしくお願いたします。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町に御回答ください。

ふりがな				住所			
氏名				()	-		
生年月日	年	月	日 (年齢 歳)	性別	男・女		
検診結果(検診実施機関記入欄)							
検診機関名				検診機関住所			
電話番号				担当医師名			
検体番号				検診実施日	年	月	日
便潜血検査結果	1日目(+ ・ - ・ 検体不良 ・ なし)			2日目(+ ・ - ・ 検体不良 ・ なし)			
	検査キット名 ()						

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 (2) <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡と注腸エックス線検査 (3) <input type="checkbox"/> 注腸エックス線検査 (4) <input type="checkbox"/> 生検 (5) <input type="checkbox"/> その他() (6) <input type="checkbox"/> 未精検	
2 部位	3 精密検査結果
	(1) 大腸がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性大腸がん <input type="checkbox"/> 早期がん(<input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> 粘膜下層がん) <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 進行度不明 <input type="checkbox"/> 転移性大腸がん (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 () (3) <input type="checkbox"/> 大腸がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 大腸がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ (<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発) (<input type="checkbox"/> 直径10mm以上の腺腫性 <input type="checkbox"/> 直径10mm未満の腺腫性 <input type="checkbox"/> 非腺腫性 <input type="checkbox"/> 組織不明) <input type="checkbox"/> 大腸憩室 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> その他 () (5) <input type="checkbox"/> 異常なし
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施医療機関
(1) 要手術 (2) 入院治療 (3) 通院治療 (4) 経過観察 (5) 他院紹介 病院名() (6) 特に指示なし	() - 担当医師名
大腸がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの	
・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	記載日
・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	年 月 日

大腸精密検査結果報告書(検診実施機関用)

② 大腸一次検診実施機関保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな		住所			
氏名			()	-	
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	性別	男 ・ 女		

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 (2) <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡と注腸エックス線検査 (3) <input type="checkbox"/> 注腸エックス線検査 (4) <input type="checkbox"/> 生検 (5) <input type="checkbox"/> その他() (6) <input type="checkbox"/> 未精検	
2 部位	3 精密検査結果
	(1) 大腸がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性大腸がん <input type="checkbox"/> 早期がん (<input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> 粘膜下層がん) <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 進行度不明 <input type="checkbox"/> 転移性大腸がん (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 () (3) <input type="checkbox"/> 大腸がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 大腸がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ (<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発) (<input type="checkbox"/> 直径10mm以上の腺腫性 <input type="checkbox"/> 直径10mm未満の腺腫性 <input type="checkbox"/> 非腺腫性 <input type="checkbox"/> 組織不明) <input type="checkbox"/> 大腸憩室 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> その他 () (5) <input type="checkbox"/> 異常なし
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施医療機関
(1) 要手術 (2) 入院治療 (3) 通院治療 (4) 経過観察 (5) 他院紹介 病院名 () (6) 特に指示なし	() - 担当医師名
大腸がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの	
・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	記載日 年 月 日

大腸精密検査結果報告書(市町用)

③ 市町保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査を下記のとおり通知します。

ふりがな		住所			
氏名			()	-	
生年月日	年 月 日 (年齢 歳)	性別	男 ・ 女		

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

1 精密検査方法	
(1) <input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査 (2) <input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡と注腸エックス線検査 (3) <input type="checkbox"/> 注腸エックス線検査 (4) <input type="checkbox"/> 生検 (5) <input type="checkbox"/> その他() (6) <input type="checkbox"/> 未精検	
2 部位	3 精密検査結果
	(1) 大腸がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性大腸がん <input type="checkbox"/> 早期がん (<input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> 粘膜下層がん) <input type="checkbox"/> 進行がん <input type="checkbox"/> 進行度不明 <input type="checkbox"/> 転移性大腸がん (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 () (3) <input type="checkbox"/> 大腸がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 大腸がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ (<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発) (<input type="checkbox"/> 直径10mm以上の腺腫性 <input type="checkbox"/> 直径10mm未満の腺腫性 <input type="checkbox"/> 非腺腫性 <input type="checkbox"/> 組織不明) <input type="checkbox"/> 大腸憩室 <input type="checkbox"/> 痔 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎 <input type="checkbox"/> クロウン病 <input type="checkbox"/> その他 () (5) <input type="checkbox"/> 異常なし
4 診断後の処置(今後の方針)	精密検査実施医療機関
(1) 要手術 (2) 入院治療 (3) 通院治療 (4) 経過観察 (5) 他院紹介 病院名 () (6) 特に指示なし	() - 担当医師名
大腸がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの	
・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	記載日 年 月 日