

香川県肺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 本指針改正案の概要

国指針の令和 7 年 12 月 24 日一部改正（別添参照）の内容（肺がん検診の項目から「喀痰細胞診」を削除、肺がん検診の質問項目に喀痰に関する記載を追加。）を反映させるもの。

3 本指針改正案の主な内容（新旧対照表は別紙 1参照。改正後全文は別紙 2参照。）

- 「第 6 検診方法等」、「第 7 検診結果の指導区分」、
「第 9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握」、「第 11 検診実施機関」
（新旧対照表 1～5 ページ）
 - ・喀痰細胞診に関する記載を削る。
- 「第 13 有症状者への対応」（新旧対照表 5 ページ）
 - ・喀痰が続く者に対しては、医療機関への早期受診等に関する指導を行う旨を加える。
- 「第 14 禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の普及啓発」
（新旧対照表 5、6 ページ）
 - ・「喫煙等の指導」の文言を「禁煙等の指導」に改める。
- 「（別紙 2）肺がん検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」（新旧対照表 6 ページ）
 - ・様式を削る。
- 「（様式 1 号）肺がん検診質問（問診）票」（新旧対照表 7 ページ）
 - ・喀痰細胞診に関する欄を削る。
 - ・症状の頻度について、「何々か月前から」の欄を加える。
- 「（様式 2 号）肺がん検診受診者名簿」、「（様式 3 号）肺がん検診結果記録票」
（新旧対照表 8、9 ページ）
 - ・喀痰細胞診に関する欄を削る。
- 「（様式 4 号）肺がん検診結果通知書」（新旧対照表 10 ページ）
 - ・喀痰細胞診に関する記載を削る。
 - ・「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（以下「国がん」という。）が示す「肺がん検診結果通知書」を参考に、早期受診を勧める自覚症状に関し、具体的な症状を加える。

※国がんの様式には、早期受診を勧める自覚症状として「痰」は記載されていないが、国指針の改正内容を踏まえ、本指針には「長引く痰」を加えている。

○「(様式5号)胸部精密検査依頼書 兼 結果報告書」(新旧対照表11~13ページ)

- ・喀痰細胞診に関する記載を削る。
- ・国がんが示す「肺がん精密検査依頼書兼結果報告書」を参考に、精密検査の診断区分を改める。

4 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

香川県肺がん検診の精度管理のための技術的指針

新	旧
<p>第1～第5 略</p> <p>第6 検診方法等 検診項目は、質問（医師が立ち合っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、1の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、胸部エックス線検査とする。</p> <p>1 質問 質問に当たっては、喫煙歴、職歴、<u>喀痰・血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。</u></p> <p>2～4 略</p> <p><u>5 削除</u></p>	<p>第1～第5 略</p> <p>第6 検診方法等 検診項目は、質問（医師が立ち合っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、1の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、胸部エックス線検査及び<u>喀痰細胞診とし、喀痰細胞診は、質問の結果、5（1）に定める対象者に該当することが判明した者に対し行う。</u></p> <p>1 質問 質問に当たっては、喫煙歴、職歴、血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。</p> <p>2～4 略</p> <p><u>5 喀痰細胞診</u></p> <p><u>(1) 対象者</u> <u>喀痰細胞診の対象者は、質問の結果、原則として50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上の者（過去における喫煙者を含む。）とする。</u></p> <p><u>(2) 喀痰採取の方法</u> <u>質問の結果、喀痰細胞診の対象とされた者に対し、有効痰の採取方法を説明するとともに、喀痰採取容器を配布し、喀痰を採取する。</u> <u>喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の</u></p>

新	旧
	<p><u>連続採痰とする。</u></p> <p><u>(3) 喀痰細胞の処理方法</u></p> <p><u>採取した喀痰（細胞）の処理方法は、以下のとおりとする。</u></p> <p><u>① ホモジナイズ法、粘液融解法又は直接塗抹法により、2枚以上のスライドグラスに擦り合わせ式で塗抹する。また、塗抹面積はスライドグラス面の3分の2程度とする。</u></p> <p><u>② 直接塗抹法においては、粘血部、灰白色部等数箇所からピックアップし、擦り合わせ式で塗抹する。</u></p> <p><u>③ 採取した喀痰（細胞）は、固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。</u></p> <p><u>④ 喀痰細胞診の標本については、少なくとも5年間保存する。</u></p> <p><u>(4) 喀痰細胞診の実施</u></p> <p><u>① 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関が行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は、公益社団法人日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。</u></p> <p><u>② 同一検体から作成された2枚以上のスライドについては、2名以上の技師がスクリーニングする。</u></p> <p><u>③ 喀痰細胞診の結果の判定は、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」（別紙2）によって行う。</u></p> <p><u>④ 専門的検査機関は、細胞診の結果について、速やかに検査を依頼した者に対し通知する。</u></p> <p><u>⑤ 検診実施機関は、喀痰細胞診の結果を「肺がん検診結果記録票」（様式3号）に記録し、少なくとも5年間保存する。</u></p>

新	旧
<p>第7 検診結果の指導区分</p> <p>検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。</p> <p><u>なお、精密検査の要否は別紙1に基づき決定する。</u></p> <p>1 「要精検」と区分された者<u>(胸部エックス線写真の読影の結果、「E」と判定された者)</u></p> <p>医療機関において精密検査を受診するように指導する。</p> <p>2 「精検不要」と区分された者<u>(胸部エックス線写真の読影の結果「B」、「C」と判定された者)</u></p> <p>翌年の検診受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促す。</p> <p>参考：胸部エックス線写真の読影の結果「C」と判定された者のうち胸膜プラークの所見を有する者には、健康管理に必要な情報提供等を行うことが望ましい。</p> <p>3 胸部エックス線写真の読影の結果、肺がん以外の疾患が考えられる者については、受診者に適切な指導を行うとともに「感染症の予防及び感</p>	<p>第7 検診結果の指導区分</p> <p>検診結果に基づく指導区分は、「要精検」及び「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。</p> <p>1 「要精検」と区分された者</p> <p>医療機関において精密検査を受診するように指導する。</p> <p><u>(1) 胸部エックス線写真の読影の結果、「E」と判定された者には(別紙1参照)により通知を行う。</u></p> <p><u>(2) 喀痰細胞診の結果「D」、「E」と判定された者には(別紙2参照)により通知を行う。</u></p> <p>2 「精検不要」と区分された者</p> <p>翌年の検診受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促す。</p> <p><u>(1) 胸部エックス線写真の読影の結果「B」、「C」と判定された者及び喀痰細胞診の結果「B」と判定された者には、年1回の定期的な肺がん検診の受診を促す。</u></p> <p>参考：胸部エックス線写真の読影の結果「C」と判定された者のうち胸膜プラークの所見を有する者には、健康管理に必要な情報提供等を行うことが望ましい。</p> <p><u>(2) 特に喀痰細胞診の結果「C」と分類された者には、医療機関において可能な限り速やかに6か月以内の再検査を勧奨する。再検査が困難な場合には、次回定期的検査の受診を勧める。</u></p> <p>3 胸部エックス線写真の読影の結果、肺がん以外の疾患が考えられる者については、受診者に適切な指導を行うとともに「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)第5</p>

新	旧
<p>感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第53条の2第3項に規定する定期の健康診断等の実施者又は医療機関に連絡する等の体制を整備する。</p> <p>第8 略</p> <p>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</p> <p>1 検診記録の整備</p> <p>市町は、検診実施機関等と連携を図り、「肺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、画像の読影の結果、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。</p> <p>また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、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。</p> <p>2 略</p> <p>第10 略</p> <p>第11 検診実施機関</p> <p>1 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で肺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、胸部エックス線検査の精度管理に努める。</p>	<p>3条の2第3項に規定する定期の健康診断等の実施者又は医療機関に連絡する等の体制を整備する。</p> <p>第8 略</p> <p>第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握</p> <p>1 検診記録の整備</p> <p>市町は、検診実施機関等と連携を図り、「肺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、画像の読影の結果、<u>喀痰細胞診の結果</u>、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。</p> <p>また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、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。</p> <p>2 略</p> <p>第10 略</p> <p>第11 検診実施機関</p> <p>1 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で肺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、胸部エックス線検査<u>及び喀痰細胞診等</u>の精度管理に努める。</p> <p>2 略</p>

新	旧
<p>2 略</p> <p>3 削除</p> <p>3 略</p> <p>4 検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。</p> <p>5・6 略</p> <p>第12 略</p> <p>第13 有症状者への対応</p> <p>質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。<u>また、喀痰が続く者に対しては、医療機関への早期受診等に関する指導を行う。</u></p> <p>第14 禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の普及啓発</p> <p>喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓発普及は極めて重要である。このため、肺がん検診及び肺がん予防健康教育等の場を利用するとともに、必要な者に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項に基づく喫煙者個別健康教育を実施し、禁煙に関する指導を推進する。禁煙に関する指導については、短時間での支援も有効であるとの報告もあることから、<u>厚生労働省ホームページで公表している「禁煙支援マニュアル」</u>を活用</p>	<p>3 検診実施機関は、細胞診を他の細胞診検査センター等に依頼する場合、<u>細胞診検査機関の細胞診専門医や細胞検査士等の人員や設備等を十分に把握し、適切な機関を選ばなければならない。</u></p> <p>4 略</p> <p>5 検診実施機関は、<u>画像や検体及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。</u></p> <p>6・7 略</p> <p>第12 略</p> <p>第13 有症状者への対応</p> <p>質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。</p> <p>第14 喫煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の普及啓発</p> <p>喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての喫煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓発普及は極めて重要である。このため、肺がん検診及び肺がん予防健康教育等の場を利用するとともに、必要な者に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項に基づく喫煙者個別健康教育を実施し、禁煙に関する指導を推進する。禁煙に関する指導については、短時間での支援も有効であるとの報告もあることから、「禁煙支援マニュアル（第二版）」を活用するなどして、効率的な実施を図る。また、若年層に対しても、積極的に禁煙及び防煙に関する指導並び</p>

新	旧																		
<p>するなどして、効率的な実施を図る。また、若年層に対しても、積極的に禁煙及び防煙に関する指導並びに肺癌に対する正しい知識等の普及啓発を図るなど、防煙・禁煙・分煙にわたる総合的なたばこ対策の推進を図るよう努める。</p> <p>(別紙1) 略</p> <p>(別紙2) 削除</p> <p>(様式1号) 肺癌検診質問(問診)票</p>	<p>に肺癌に対する正しい知識等の普及啓発を図るなど、防煙・禁煙・分煙にわたる総合的なたばこ対策の推進を図るよう努める。</p> <p>(別紙1) 略</p> <p>(別紙2) 肺癌検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分</p> <div data-bbox="1182 549 2067 1267" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(別紙2)</p> <p style="text-align: center;">肺癌検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分</p> <p style="text-align: center;">「肺癌検診の手引き」(日本肺癌学会肺癌検診委員会編)より</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">判定区分</th> <th style="width: 60%;">細胞所見</th> <th style="width: 25%;">指導区分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">A</td> <td>喀痰中に組織球を認めない</td> <td>材料不適、再検査</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td>正常上皮細胞のみ 基底細胞増生 軽度異型扁平上皮化細胞 絨毛円柱上皮細胞</td> <td>現在異常を認めない 次回定期検査</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">C</td> <td>中等度異型扁平上皮化細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞</td> <td>再塗抹または6か月以内の再検査</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>高度(境界)円柱上皮細胞、または 悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める</td> <td>ただちに精密検査</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">E</td> <td>悪性腫瘍細胞を認める</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>注：1) 喀痰1検体の全標本に関する総合判定であるが異型細胞少数例では再検査を考慮する。 2) 全標本上の細胞異型の最も高度な部分によって判定する。 3) 扁平上皮細胞の異型度の判定は異型扁平上皮細胞の判定基準、および細胞図譜を参照して行う。 4) 再検査や追加検査が困難なときには、次回定期的検査の受診を勧める。 5) D・E判定で精密検査の結果、がんが発見されない場合には常に厳重な追跡を行う。</p> </div> <p>(様式1号) 肺癌検診質問(問診)票</p>	判定区分	細胞所見	指導区分	A	喀痰中に組織球を認めない	材料不適、再検査	B	正常上皮細胞のみ 基底細胞増生 軽度異型扁平上皮化細胞 絨毛円柱上皮細胞	現在異常を認めない 次回定期検査	C	中等度異型扁平上皮化細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	再塗抹または6か月以内の再検査	D	高度(境界)円柱上皮細胞、または 悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	ただちに精密検査	E	悪性腫瘍細胞を認める	
判定区分	細胞所見	指導区分																	
A	喀痰中に組織球を認めない	材料不適、再検査																	
B	正常上皮細胞のみ 基底細胞増生 軽度異型扁平上皮化細胞 絨毛円柱上皮細胞	現在異常を認めない 次回定期検査																	
C	中等度異型扁平上皮化細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	再塗抹または6か月以内の再検査																	
D	高度(境界)円柱上皮細胞、または 悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	ただちに精密検査																	
E	悪性腫瘍細胞を認める																		

新

(様式1号)

肺がん検診質問(問診)票

市町名 _____

検診日	年 月 日	画像番号	
ふりがな		住所	() -
氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号			

※ 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 最近6か月の間に痰(たん)に血が混じったことはありますか。
 (1) あり (2) なし
 ↳ 肺がんの症状である可能性があるため、医療機関を受診しましょう。

2 今までに肺がん検診や胸の検査(レントゲン、CT等)を受けたことがありますか。
 (1) 受けたことがある (2) 受けていない
 ↳ 最後に受けた時期:()年前
 場所:市町の検診・職場の検診・人間ドック・病院等・その他()
 前回の検診結果は { a 異常あり(結果) b 異常なし }

3 肺の病気にかかったことはありますか。
 (1) あり (2) なし
 ↳ 病気の内容
 肺がん・肺結核・肺炎・喘息・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・じん肺・その他()

4 現在、以下のような肺に関する症状はありますか。
 (1) あり (2) なし
 ↳ 症状の内容
 咳・痰・胸痛・息切れ・その他の気になる症状()
 症状の頻度: a 毎日()か月前から b 時々 c まれに

5 タバコを吸いますか。
 (1) 現在吸っている (2) 吸っていたがやめた()年前からやめた (3) 吸ったことがない
 ↳ (1)または(2)の場合は、以下にお答えください
 1日の本数()本 × 年間()年間 = ()

6 仕事で石綿(アスベスト)・粉じん作業・その他特殊健診を要する業務に従事したことがありますか。
 (1) ある (2) ない (3) わからない
 ↳ 従事期間:()年間

7 肺がん検診の痰(たん)の検査をしたことがありますか
 (1) ある (2) ない
 ↳ そのとき異常があると言われましたか a はい b いいえ

8 (女性の方のみお答え下さい)
 現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。
 (1) ある (2) ない
 ↳ (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日)

(様式2号) 肺がん検診受診者名簿

旧

(様式1号)

肺がん検診質問(問診)票

市町名 _____

検診日	年 月 日	フィルム番号	
ふりがな		住所	() -
氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号			

※ 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 最近6か月の間に痰(たん)に血が混じったことはありますか。
 (1) あり (2) なし
 ↳ 肺がんの症状である可能性があるため、医療機関を受診しましょう。

2 今までに肺がん検診や胸の検査(レントゲン、CT等)を受けたことがありますか。
 (1) 受けたことがある (2) 受けていない
 ↳ 最後に受けた時期:()年前
 場所:市町の検診・職場の検診・人間ドック・病院等・その他()
 前回の検診結果は { a 異常あり(結果) b 異常なし }

3 肺の病気にかかったことはありますか。
 (1) あり (2) なし
 ↳ 病気の内容
 肺がん・肺結核・肺炎・喘息・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・じん肺・その他()

4 現在、以下のような肺に関する症状はありますか。
 (1) あり (2) なし
 ↳ 症状の内容
 咳・痰・胸痛・息切れ・その他の気になる症状()
 症状の頻度: a 毎日 b 時々 c まれに

5 タバコを吸いますか。
 (1) 現在吸っている (2) 吸っていたがやめた()年前からやめた (3) 吸ったことがない
 ↳ (1)または(2)の場合は、以下にお答えください
 1日の本数()本 × 年間()年間 = ()

6 仕事で石綿(アスベスト)・粉じん作業・その他特殊健診を要する業務に従事したことがありますか。
 (1) ある (2) ない (3) わからない
 ↳ 従事期間:()年間

7 肺がん検診の痰(たん)の検査をしたことがありますか
 (1) ある (2) ない
 ↳ そのとき異常があると言われましたか a はい b いいえ

8 (女性の方のみお答え下さい)
 現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。
 (1) ある (2) ない
 ↳ (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日)

※以下は記入しないでください。

性別	年齢	喫煙指数(B.I)	判定
男 ・ 女			

喀痰容器の配布 : a あり b なし

(様式2号) 肺がん検診受診者名簿

新

旧

(様式3号)

肺がん検診結果記録票

市町名 _____

ふりがな		住所					
氏名		電話番号	()	-			
生年月日		性別	男・女				
職業							
撮影機関名		撮影機関住所					
電話番号		撮影場所					
画像番号		撮影月日	年	月	日		
読影医師名		読影月日	年	月	日		
読影医師名		読影月日	年	月	日		
エックス線写真所見		二重読影時の仮判定区分					
		<input type="checkbox"/> a 再撮影(読影不能) <input type="checkbox"/> b 定期検診(異常所見を認めない) <input type="checkbox"/> c 定期検診(異常所見を認めるが精査不要) (c のうち <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク) <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d1 <input type="checkbox"/> d2 <input type="checkbox"/> d3 <input type="checkbox"/> d4 二重読影(肺がん以外の疾患に対する精査) <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> e1 <input type="checkbox"/> e2					
		比較写真					
		画像番号 読影日 年 月 日					
		比較読影を含む決定判定区分					
		<input type="checkbox"/> A 再撮影(読影不能) <input type="checkbox"/> B 定期検診(異常所見を認めない) <input type="checkbox"/> C 定期検診(異常所見を認めるが精査不要) (c のうち <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 比較読影(肺がん以外の疾患に対する精査) <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2					
肺がん検診中/後の偶発症※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()							

(様式4号) 肺がん検診結果通知書

(様式3号)

肺がん検診結果記録票

市町名 _____

ふりがな		住所					
氏名		電話番号	()	-			
生年月日	年	月	日	(歳)	性別	男・女	
職業							
撮影機関名		撮影機関住所					
電話番号		撮影場所					
フィルムNo.		撮影月日	年	月	日		
読影医師名		読影月日	年	月	日		
読影医師名		読影月日	年	月	日		
エックス線写真所見		二重読影時の仮判定区分					
		<input type="checkbox"/> a 再撮影(読影不能) <input type="checkbox"/> b 定期検診(異常所見を認めない) <input type="checkbox"/> c 定期検診(異常所見を認めるが精査不要) (c のうち <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク) <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d1 <input type="checkbox"/> d2 <input type="checkbox"/> d3 <input type="checkbox"/> d4 二重読影(肺がん以外の疾患に対する精査) <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> e1 <input type="checkbox"/> e2					
		比較写真					
		フィルムNo. 読影日 年 月 日					
		比較読影を含む決定判定区分					
		<input type="checkbox"/> A 再撮影(読影不能) <input type="checkbox"/> B 定期検診(異常所見を認めない) <input type="checkbox"/> C 定期検診(異常所見を認めるが精査不要) (c のうち <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 比較読影(肺がん以外の疾患に対する精査) <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2					
喀痰細胞診		判定区分				肺がん検診中/後の偶発症 ※入院治療を要するもの	
実施 検体番号 () ・ 未実施		<input type="checkbox"/> A 材料不適、再検査 <input type="checkbox"/> B 現在異常を認めない、次回定期検査 <input type="checkbox"/> C 程度に応じて6カ月以内の追加検査と追跡 <input type="checkbox"/> D ただちに精密検査 <input type="checkbox"/> E ただちに精密検査				・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()	

(様式4号) 肺がん検診結果通知書

新

旧

(様式4号)

肺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 … 今回の肺がん検診の結果、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。

- 1年後にまた肺がん検診を受けてください。
- 血痰、長引く咳や痰、胸痛、声のかれ、息切れなどの自覚症状がある場合は、
早い時期に呼吸器専門の医療機関を受診されるようお勧めします。
- タバコを吸っている方は、健康に重大な影響がありますので禁煙をお勧めします。

2 要精密検査 … 今回の肺がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

肺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、
できるだけ早く呼吸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。>

- ・胸部精密検査依頼書
- ・マイナ保険証または資格確認書

3 今回の検診では、肺がんについての精密検査の必要はありませんが、肺がん以外の疾患（肺結核、
肺炎等）の可能性がありますので、医療機関で再度検査を受けてください。

なお、検査の際には、マイナ保険証または資格確認書を必ず持参してください。

4 今回の検診では、肺がんについての精密検査の必要はありませんが、胸膜プラークを認めます。胸膜
プラークとは石綿（アスベスト）を吸い込むことで胸膜の辺りにできる肥厚（隆起した部分）のことを
言います。それだけでは病気がかかっているとは言えませんが、中皮腫、肺がん、石綿肺等を引き起
すことがありますので、今後も年1回は必ず検診を受診してください。喫煙されている方には禁煙を強
くお勧めします。

詳しくは、独立行政法人環境再生保全機構 (<https://www.erca.go.jp>)
フリーダイヤル：0120-389-931 まで、お問い合わせください。

年 月 日

検診機関名

担当医師名

(様式4号)

肺がん検診結果通知書

様

○印があなたの検診結果です。

1 今回の検診では、異常を認めません。

これからも年1回は検診を受けられるようお勧めします。また、自覚症状がある時は、早い時期に医
療機関を受診されるようお勧めします。

2 今回の検診の結果、「精密検査」が必要です。

検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、「胸部精密検査依頼書」を御持参になり、最寄りの呼吸
器専門医療機関を受診してください。

なお、健康保険証は必ず持参してください。

3 今回の検診では、肺がんについての精密検査の必要はありませんが、他の胸部疾患に関して医療機
関で再度検査を受けてください。

なお、健康保険証は必ず持参してください。

4 今回の検診では、肺がんについての精密検査の必要はありませんが、胸膜プラークを認めます。胸膜
プラークとは石綿を吸い込むことで胸膜辺りにできる肥厚（隆起した部分）のことを言います。それだ
けでは病気がかかっているとは言えませんが、中皮腫、肺がん、石綿肺等を引き起こすことがありま
すので、今後も年1回は必ず検診を受診してください。喫煙されている方には禁煙を強くお勧めしま
す。詳しくは、

(独)環境再生保全機構 (<http://www.erca.go.jp>)

フリーダイヤル：0120-389-931 まで、お問い合わせください。

5 今回の検診では、精密検査の必要はありませんが、喀痰細胞診の経過観察の必要がありますから、

6か月以内に医療機関で再検査を受けてください。

6 今回の胸部エックス線検査では、異常を認めませんが、喀痰材料が不適当のため再検査が必要です。

年 月 日

検診機関名

担当医師名

(様式5-1号) 胸部精密検査依頼書

(様式5-1号) 胸部精密検査依頼書

新

旧

(様式5-1号)

3枚複写(様式5号)

胸部精密検査依頼書

① 胸部精密検査実施医療機関保存用

胸部精密検査実施医療機関 殿

市町名

下記の方は肺がん検診の結果、精密検査を要するの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。

Form with fields for name, address, birth date, sex, and phone number.

Form for chest X-ray findings with diagrams of lungs and classification options.

精密検査実施医療機関記入欄

Form for precise examination date.

Form for diagnosis with multiple-choice options for lung cancer and other conditions.

Form for examination methods including CT, bronchoscopy, and biopsy.

Form for lung cancer screening status and follow-up requirements.

Form for precise examination institution name and phone number.

Form for physician name and date.

(様式5-2号) 胸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

(様式5-1号)

3枚複写(様式5号)

胸部精密検査依頼書

① 胸部精密検査実施医療機関保存用

胸部精密検査実施医療機関 殿

市町名

下記の方は肺がん検診の結果、精密検査を要するの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。

Form with fields for name, address, birth date, sex, and phone number.

Form for chest X-ray findings with diagrams of lungs and classification options.

精密検査実施医療機関記入欄

Form for precise examination date.

Form for diagnosis with multiple-choice options for lung cancer and other conditions.

Form for examination methods including CT, bronchoscopy, and biopsy.

Form for lung cancer screening status and follow-up requirements.

Form for precise examination institution name and phone number.

Form for physician name and date.

(様式5-2号) 胸部精密検査結果報告書 (検診実施機関用)

新

旧

(様式5-2号)

胸部精密検査結果報告書(検診実施機関用)

② 胸部一次検診実施医療機関保存用

市町名

要精検者の精密検査の結果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	

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日			
診 断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん(<input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型) (臨床病期: <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期以上(II~IV期) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 転移性肺がん (原発巣:) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍 () (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 (<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 治癒) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患 (<input type="checkbox"/> 肺炎腫 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 (<input type="checkbox"/> 冠状動脈の石灰化 <input type="checkbox"/> その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他 () (6) <input type="checkbox"/> 異常なし			
	検査方法	<input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未精検		
		診断後の処置(今後の方針) (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 ()		
		肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの		
		・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 ()		
		精密検査実施医療機関名	電話番号 () - ()	
担当医師名		記載日 年 月 日		

(様式5-3号) 胸部精密検査結果報告書(市町用)

(様式5-2号)

胸部精密検査結果報告書(検診実施機関用)

② 胸部一次検診実施医療機関保存用

市町名

要精検者の精密検査の結果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	

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日			
診 断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん <input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型 (臨床病期: <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期以上(II~IV期) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 転移性の悪性腫瘍 (原発巣:) <input type="checkbox"/> その他悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍 () (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 (<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 治癒) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患 (<input type="checkbox"/> 肺炎腫 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 (<input type="checkbox"/> 冠状動脈の石灰化 <input type="checkbox"/> その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他 () (6) <input type="checkbox"/> 異常なし			
	検査方法	<input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未精検		
		診断後の処置(今後の方針) (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 ()		
		肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの		
		・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 ()		
		精密検査実施医療機関名	電話番号 () - ()	
担当医師名		記載日 年 月 日		

(様式5-3号) 胸部精密検査結果報告書(市町用)

新

旧

(様式5-3号)

胸部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の結果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

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日
診 断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん (<input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型) (臨床病期: <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期以上(II~IV期) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 転移性肺がん (原発巣:) <input type="checkbox"/> 肺のその他の悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍 () (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 (<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 治療) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患 (<input type="checkbox"/> 肺炎腫 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 (<input type="checkbox"/> 冠状動脈の石灰化 <input type="checkbox"/> その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他 () (6) <input type="checkbox"/> 異常なし
	
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未精検
	診断後の処置(今後の方針) (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 ()
肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの ・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()	
精密検査実施医療機関名	電話番号 () - ()
担当医師名	記載日 年 月 日

(様式6号) 略

(様式5-3号)

胸部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の結果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

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日
診 断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん (<input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型) (臨床病期: <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期以上(II~IV期) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 転移性の悪性腫瘍 (原発巣:) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍 () (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 (<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 治療) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患 (<input type="checkbox"/> 肺炎腫 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 (<input type="checkbox"/> 冠状動脈の石灰化 <input type="checkbox"/> その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他 () (6) <input type="checkbox"/> 異常なし
	
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未精検
	診断後の処置(今後の方針) (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 ()
肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの ・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()	
精密検査実施医療機関名	電話番号 () - ()
担当医師名	記載日 年 月 日

(様式6号) 略

香川県肺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

香川県肺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	4
第9	検診記録の整備及び精密検査結果の把握	4
第10	事業評価	4
第11	検診実施機関	5
第12	精密検査等	5
第13	有症状者への対応	6
第14	禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の普及啓発	6
(別紙1)	肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分	7
(様式1号)	肺がん検診質問(問診)票	8
(様式2号)	肺がん検診受診者名簿	9
(様式3号)	肺がん検診結果記録票	10
(様式4号)	肺がん検診結果通知書	11
(様式5-1号)	胸部精密検査依頼書	12
(様式5-2号)	胸部精密検査結果報告書(検診実施機関用)	13
(様式5-3号)	胸部精密検査結果報告書(市町用)	14
(様式6号)	肺がん検診実施計画書	15

香川県肺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、肺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

肺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

肺がん検診は、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

市町は、関係機関と十分協議の上、肺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・5号）を作成する。
- 6 検診実施後の結果集計等を行う（「肺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://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html)

第5 受診勧奨

市町は、肺がん及び肺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、これまで肺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、肺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、質問（医師が立ち合っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、1の「なお」以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）、胸部エックス線検査とする。

1 質問

質問に当たっては、喫煙歴、職歴、喀痰・血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ、過去の検診の受診状況等を聴取する。なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。

2 胸部エックス線検査

胸部エックス線検査は、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を撮影し、読影する。

なお、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜及び肋骨横隔膜角等を十分に含むようなエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度をもち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び縦隔部に重なった肺血管が観察できるものであり、かつ、次のいずれかにより、撮影されたものとする。

- (1) 直接撮影（デジタル画像）であって、X線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート（IP）を用いたCRシステム、平面検出器（FPD）もしくは固体半導体（CCD、CMOSなど）を用いたDRシステムのいずれかを用いた撮影。管球検出器間距離（撮影距離）150cm以上、X線管電圧120～140kV、撮影mAs値4mAs程度以下、入射表面線量0.3mGy以下、グリッド比8：1以上、の条件下で撮影されることが望ましい。
- (2) 直接撮影（スクリーン・フィルム系）であって、被験者－管球間の距離を1.5m以上とし、定格出力150kV以上の撮影装置を用い、原則として120kV（やむを得ない場合は100kV～120kVでも可）の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙およびオルソタイプフィルム）を用いた撮影
- (3) 間接撮影であって、100mmミラーカメラを用い、定格出力150kV以上の撮影装置を用いた、120kV以上の管電圧による撮影
- (4) 間接撮影であって、定格出力125kVの撮影装置を用い、横隔膜の感度を肺野部に対して高

めるため 110 kV 以上の管電圧及び希土類（グラデーション型）蛍光板を用いた撮影
撮影機器、画像処理、読影用モニタの条件については、下記のサイト（日本肺癌学会ホームページ、肺がん検診について）に掲載された最新情報を参照すること
(https://www.haigan.gr.jp/modules/lcscr/index.php?content_id=1)

3 胸部エックス線写真の読影方法

胸部エックス線写真は、2名以上の医師によって読影し、それぞれの読影結果に基づき比較読影する。その方法は、次のとおりとする。

(1) 二重読影

2名以上の医師が同時に又はそれぞれ独立して読影することとするが、このうち1名は、十分な経験を有する者とする。読影結果の判定は、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線写真の判定基準と指導区分」（別紙1）によって行い、「d」及び「e」に該当するものについては、比較読影を行う。

(2) 比較読影

比較読影は、精査を要すると判定されたエックス線写真につき、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較しながら読影するものであり、地域の実情に応じて次のいずれかの方法により行う。

- ① 読影委員会等を設置して比較読影を行う方法
- ② 二重読影を行った医師がそれぞれ比較読影を行う方法
- ③ 二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が比較読影を行う方法

(3) 読影結果の判定

読影結果の判定は、「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分」（別紙1）によって行う。

4 読影記録の整備

- (1) 検診実施機関は、二重読影及び比較読影等の結果を「肺がん検診結果記録票」（様式3号）等に記録し、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存する。
- (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、それぞれ次の指導を行う。
なお、精密検査の要否は別紙1に基づき決定する。

- 1 「要精検」と区分された者（胸部エックス線写真の読影の結果、「E」と判定された者）
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（胸部エックス線写真の読影の結果「B」、「C」と判定された者）

翌年の検診受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促す。

参考：胸部エックス線写真の読影の結果「C」と判定された者のうち胸膜プラークの所見を有する者には、健康管理に必要な情報提供等を行うことが望ましい。

- 3 胸部エックス線写真の読影の結果、肺がん以外の疾患が考えられる者については、受診者に

適切な指導を行うとともに「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）」第53条の2第3項に規定する定期の健康診断等の実施者又は医療機関に連絡する等の体制を整備する。

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「肺がん検診受診者名簿」（様式2号）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「肺がん検診結果通知書」（様式4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：「肺がん検診結果通知書」（様式4号）及び「胸部精密検査依頼書」（様式5号）
 - (2) 精検不要：「肺がん検診結果通知書」（様式4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、「肺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、画像の読影の結果、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、必要に応じて個人票を作成し、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 肺がん検診精密検査結果の把握

市町又は検診実施機関は、「胸部精密検査依頼書」（様式5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。

さらに、精密検査の結果がんと診断された者については、必ず個人票を作成し、組織型、臨床病期及び治療の状況（切除の有無を含む。）等について記録する。

また、がんが否定された者についても、その後の経過を把握し、追跡することのできる体制を整備することが望ましい。

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、肺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、肺がん部会において、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://ganjoho.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肺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、胸部エックス線検査の精度管理に努める。
- 2 検診実施機関は、肺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、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存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肺がん部会における検討結果や助言を踏まえ、その指導または助言に従い、実施方法等の改善に努める。
- 6 検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、胸部エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。
 - (1) 検診の実施に関し、事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書（様式6号）を作成し、市町に提出する。なお、市町が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。
 - (2) 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。
 - (3) 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。
 - (4) 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。
 - (5) 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

第12 精密検査等

- 1 肺がん検診において「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、肺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。

第13 有症状者への対応

質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。また、喀痰が続く者に対しては、医療機関への早期受診等に関する指導を行う。

第14 禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の普及啓発

喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓発普及は極めて重要である。このため、肺がん検診及び肺がん予防健康教育等の場を利用するとともに、必要な者に対しては、健康増進法（平成14年法律第103号）第17条第1項に基づく喫煙者個別健康教育を実施し、禁煙に関する指導を推進する。禁煙に関する指導については、短時間での支援も有効であるとの報告もあることから、厚生労働省ホームページで公表している「禁煙支援マニュアル」を活用するなどして、効率的な実施を図る。また、若年層に対しても、積極的に禁煙及び防煙に関する指導並びに肺がんに対する正しい知識等の普及啓発を図るなど、防煙・禁煙・分煙にわたる総合的なたばこ対策の推進を図るよう努める。

(別紙1)

肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分

「肺がん検診の手引き」(日本肺癌学会肺がん検診委員会編)より

二重読影時の 低判定区分	比較読影を含む 決定判定区分	X線所見	二重読影時の 仮指導区分	比較読影を含む 決定指導区分
a	A	「読影不能」 撮影条件不良、現像処理不能、位置付不良、フィルムのキズ・アーチファクトなどで読影不能のもの。	再撮影	
b	B	「異常所見を認めない」 正常亜型(心膜傍脂肪組織、横隔膜テント状・穹窿上変形、胸膜下脂肪組織による随伴陰影、右心緑の二重陰影など)を含む。	定期検診	
c	C	「異常所見を認めるが精査を必要としない」 陳旧性病変、石灰化陰影、線維性変化、気管支拡張像、気腫性変化、術後変化、治療を要しない奇形などで、精査や治療を必要としない、あるいは急いで行う必要がないと判定できる陰影。		
d	D	「異常所見を認め、肺がん以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」 肺癌以外の疾患を疑うが、急いで精密検査や治療を行わないと、本人や周囲の人間に大きな不利益があるようなもの。疾患が疑われても急いで精査や治療を必要としない場合には「C」と判定する。肺癌を少しでも疑う場合には「E」に分類する。肺がん検診としての「スクリーニング陽性」は「E」のみである(下記注を参照のこと)。 「活動性肺結核」 治療を要する肺結核を疑う 「活動性非結核性病変」 肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う 「循環器疾患」 大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う 「その他」 縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う	比較読影	肺がん以外の 該当疾患に対する 精査
d1	D1			
d2	D2			
d3	D3			
d4	D4			
e	E	「肺がんの疑い」 孤立性陰影、陳旧性病変に新しい陰影が出現、肺門部の異常(腫瘍影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など)、気管支の狭窄・閉塞による二次変化(肺炎・無気肺など)、その他肺がんを疑う所見。したがって「E」には、肺炎や胸膜炎の一部も含まれることになる。転移性肺腫瘍を疑う所見は「E」に分類する(ただし、転移性肺腫瘍は発見肺がんには含めない)。「E2」の場合には、至急呼び出しによる受診勧奨なども含め、精密検査に関する受診勧奨をより強く行うことが望ましい。 「肺がんの疑いを否定しえない」 「肺がんを強く疑う」		肺がんに 対する精査
e1	E1			
e2	E2			

- 注 1) 比較読影を含む決定指導区分において、E1 判定とは、きわめてわずかでも肺がんを疑うものを意味し、E2 判定とは、肺がんを強く疑うものを意味する。一方、D 判定は、肺がん以外の疾患を疑うものを意味する。
- 2) 肺がん検診の胸部X線検査における要精検者とは、比較読影を含む決定指導区分におけるE1及びE2を指す。
- 3) 比較読影を含む決定指導区分におけるD判定は肺がん検診としての要精検者とは認めない。
- 4) 肺がん検診の集計表における胸部X線検査における要精検者数とは、E1とE2の合計数を意味する。
- 5) 肺がん検診における肺がん確診患者数(検診発見肺がん)とは、E1およびE2判定となった要精検者の中から原発性肺がんと確診された患者数を意味する。
- 6) したがって、D判定者の中から肺がんが発見されたとしても、検診発見肺がんとは認めない。

(様式1号)

肺がん検診質問(問診)票

市町名

検診日	年 月 日	画像番号	
ふりがな		住所	() -
氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号			
※ 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 最近6か月の間に痰(たん)に血が混じったことはありますか。 (1) あり (2) なし ↳ 肺がんの症状である可能性があるため、医療機関を受診しましょう。			
2 今までに肺がん検診や胸の検査(レントゲン、CT等)を受けたことがありますか。 (1) 受けたことがある (2) 受けていない ↳ 最後に受けた時期:()年前 場所:市町の検診・職場の検診・人間ドック・病院等・その他() 前回の検診結果は { a 異常あり(結果) b 異常なし			
3 肺の病気にかかったことはありますか。 (1) あり (2) なし ↳ 病気の内容 肺がん・肺結核・肺炎・喘息・慢性閉塞性肺疾患(COPD)・じん肺・その他()			
4 現在、以下のような肺に関する症状はありますか。 (1) あり (2) なし ↳ 症状の内容 咳・痰・胸痛・息切れ・その他の気になる症状() 症状の頻度: a 毎日()か月前から b 時々 c まれに			
5 タバコを吸いますか。 (1) 現在吸っている (2) 吸っていたがやめた()年前からやめた (3) 吸ったことがない ↓ ↓ (1)または(2)の場合は、以下にお答えください 1日の本数()本 × 年間()年間 = ()			
6 仕事で石綿(アスベスト)・粉じん作業・その他特殊健診を要する業務に従事したことがありますか。 (1) ある (2) ない (3) わからない ↳ 従事期間:()年間			
7 肺がん検診の痰(たん)の検査をしたことがありますか (1) ある (2) ない ↳ そのとき異常があると言われましたか a はい b いいえ			
8 (女性の方のみお答え下さい) 現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。 (1)ある (2)ない ↳ (妊娠週数 週/最終月経 年 月 日)			

(様式2号)

肺がん検診受診者名簿

市町名:

実施日: 年 月 日

検診場所:

実施人員:

No.:

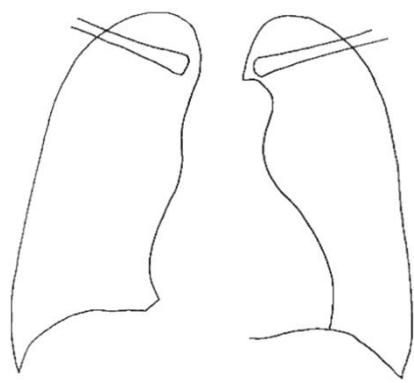
撮影 画像 No.	氏名	性別	生年月日 年齢	国民健康 保険の被 保険者	住所 電話番号	1年以内 受診歴	血痰 有無	喫煙 指数	検診結果										
									胸部エックス線写真判定区分										
									A	B	C	D				E			
D1	D2	D3	D4	E1	E2														

(下段に続く)

精密検査の受診				精密検査結果				偶発症の有無				備考	
受診 勧奨	精検 受診	精検 未受診	精検受診 不明 (未把握)	異常 なし	肺がん (転移性を 含まない)	肺がんの うち臨床 病期0~I 期	肺がんの 疑い又は 未確定	肺がん以 外の疾患 (転移性の 肺がんを 含む)	検診中/検診後		精検中/検診後		
									重篤な偶 発症を確 認	偶発症に よる死亡あ り	重篤な偶 発症を確 認		偶発症に よる死亡あ り

肺がん検診結果記録票

市町名 _____

ふりがな		住所			
氏名		電話番号	()	-	
生年月日				性別	男・女
職業					
撮影機関名		撮影機関住所			
電話番号		撮影場所			
画像番号		撮影月日	年	月	日
読影医師名		読影月日	年	月	日
読影医師名		読影月日	年	月	日
エックス線写真所見		二重読影時の仮判定区分			
		<input type="checkbox"/> a 再撮影(読影不能) <input type="checkbox"/> b 定期検診(異常所見を認めない) <input type="checkbox"/> c 定期検診(異常所見を認めるが精査不要) (c のうち <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク) <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> d1 <input type="checkbox"/> d2 <input type="checkbox"/> d3 <input type="checkbox"/> d4 二重読影(肺がん以外の疾患に対する精査) <input type="checkbox"/> e <input type="checkbox"/> e1 <input type="checkbox"/> e2			
		比較写真			
		画像番号 読影日 年 月 日			
		比較読影を含む決定判定区分			
		<input type="checkbox"/> A 再撮影(読影不能) <input type="checkbox"/> B 定期検診(異常所見を認めない) <input type="checkbox"/> C 定期検診(異常所見を認めるが精査不要) (c のうち <input type="checkbox"/> 胸膜プラーク) <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> D1 <input type="checkbox"/> D2 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 比較読影(肺がん以外の疾患に対する精査) <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> E2			
肺がん検診中/後の偶発症※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()					

肺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 … 今回の肺がん検診の結果、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。
- 1年後にまた肺がん検診を受けてください。
 - 血痰、長引く咳や痰、胸痛、声のかれ、息切れなどの自覚症状がある場合は、早い時期に呼吸器専門の医療機関を受診されるようお勧めします。
 - タバコを吸っている方は、健康に重大な影響がありますので禁煙をお勧めします。

- 2 要精密検査 … 今回の肺がん検診の結果、さらに詳しい検査が必要です。

肺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、できるだけ早く呼吸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。>

- ・胸部精密検査依頼書
- ・マイナ保険証または資格確認書

- 3 今回の検診では、肺がんに関する精密検査の必要はありませんが、肺がん以外の疾患（肺結核、肺炎等）の可能性がありますので、医療機関で再度検査を受けてください。

なお、検査の際には、マイナ保険証または資格確認書を必ず持参してください。

- 4 今回の検診では、肺がんに関する精密検査の必要はありませんが、胸膜プラークを認めます。胸膜プラークとは石綿（アスベスト）を吸い込むことで胸膜の辺りにできる肥厚（隆起した部分）のことを言います。それだけでは病気にかかっているとは言えませんが、中皮腫、肺がん、石綿肺等を引き起こすことがありますので、今後も年1回は必ず検診を受診してください。喫煙されている方には禁煙を強くお勧めします。

詳しくは、独立行政法人環境再生保全機構（<https://www.erca.go.jp>）

フリーダイヤル：0120-389-931 まで、お問い合わせください。

年 月 日

検診機関名

担当医師名

胸部精密検査依頼書

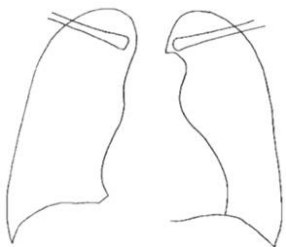
① 胸部精密検査実施医療機関保存用

胸部精密検査実施医療機関 殿

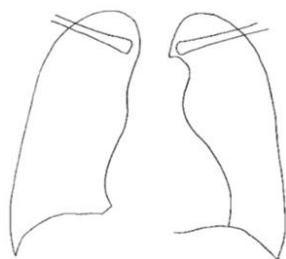
市町名 _____

下記の方は肺がん検診の結果、精密検査を要するの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	
検診機関名				電話番号	()	-	
検診日				担当医師名:			

胸部エックス線異常所見	二重読影時の仮判定区分:	
	a b c d1 d2 d3 d4 e1 e2	
	比較読影を含む決定判定区分:	
	A B C D1 D2 D3 D4 E1 E2	

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日	
診断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん(<input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型) (臨床病期: <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I期 <input type="checkbox"/> II期以上(II~IV期) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 転移性肺がん (原発巣:) <input type="checkbox"/> 肺のその他の悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍() (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 (<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 治癒) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患 (<input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 (<input type="checkbox"/> 冠状動脈の石灰化 <input type="checkbox"/> その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他 () (6) <input type="checkbox"/> 異常なし	
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未精検	
肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの		・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()
精密検査実施医療機関名	電話番号	() -
担当医師名	記載日	年 月 日

胸部精密検査結果報告書(検診実施機関用)

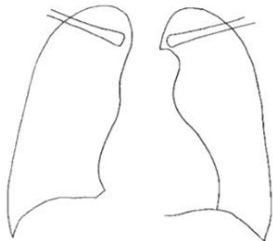
② 胸部一次検診実施医療機関保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査の結果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

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日	
診 断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん(□肺門型 □肺野型 □胸水型) (臨床病期:□0期 □I期 □II期以上(II~IV期) □不明) <input type="checkbox"/> 転移性肺がん (原発巣:) <input type="checkbox"/> 肺のその他の悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍() (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核(□要医療 □要観察 □治癒) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患(□肺気腫 □その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患(□冠状動脈の石灰化 □その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他() (6) <input type="checkbox"/> 異常なし	
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純X線写真 □胸部CT □喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (□細胞診 □組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (□細胞診 □組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 未精検	診断後の処置(今後の方針) (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
肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの	・重篤な偶発症の確認 □なし □あり() ・偶発症による死亡 □なし □あり()	
精密検査実施医療機関名	電話番号	() -
担当医師名	記載日	年 月 日

胸部精密検査結果報告書(市町用)

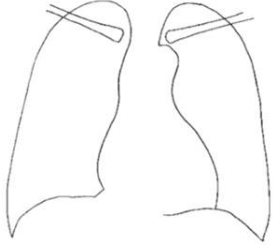
③ 市町保存用

市町名 _____

要精検者の精密検査の結果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

精密検査実施医療機関記入欄

精検受診日	年 月 日	
診 断	(1) 肺がん確定 <input type="checkbox"/> 原発性肺がん(<input type="checkbox"/> 肺門型 <input type="checkbox"/> 肺野型 <input type="checkbox"/> 胸水型) (臨床病期: <input type="checkbox"/> 0期 <input type="checkbox"/> I 期 <input type="checkbox"/> II 期以上(II~IV期) <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 転移性肺がん (原発巣:) <input type="checkbox"/> 肺のその他の悪性腫瘍 () (2) <input type="checkbox"/> 肺がんの疑いまたは未確定 (3) <input type="checkbox"/> 肺以外の悪性腫瘍() (4) 肺がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 肺結核 (<input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 治癒) <input type="checkbox"/> 他呼吸器疾患 (<input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> その他:) <input type="checkbox"/> 循環器疾患 (<input type="checkbox"/> 冠状動脈の石灰化 <input type="checkbox"/> その他:) (5) <input type="checkbox"/> その他 () (6) <input type="checkbox"/> 異常なし	
	検査方法 <input type="checkbox"/> 単純X線写真 <input type="checkbox"/> 胸部CT <input type="checkbox"/> 喀痰細胞診 <input type="checkbox"/> 気管支鏡 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 経皮的針生検 (<input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 組織診) <input type="checkbox"/> 胸腔鏡下針生検 (VATS) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未精検	診断後の処置(今後の方針) (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
肺がん精検中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するの	・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()	
精密検査実施医療機関名	電話番号	() -
担当医師名	記載日	年 月 日

(様式6号)

年度 肺がん検診実施計画書

年 月 日

〇〇〇〇市・町長 様

検診実施機関住所 _____
(法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 _____
(法人にあつては名称及び代表者の氏名)
電話 — — (担当者名)

下記のとおり、肺がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 — TEL : — — FAX : — —
2 検診実施期間 ^{※1}	年 月 日 時 ~ 時
3 検診実施場所 ^{※1} (検診車による巡回検診である場合は、その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に対応する医師 ^{※2}	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。