


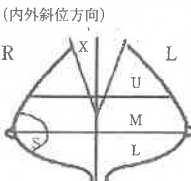
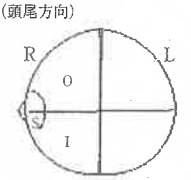


整理番号		健康診断個人票				(一般検査(がん検診)用)	
ふりがな		性 男 別 女	年齢	歳	明治 大正 昭和	年	月 日生
氏名							
居住地	都道府県	区市郡	町村	番地	被爆者健康手帳番号		
	胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診	
	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	
既往歴							
現	症状						
	検査所見	X線(直接・間接) 内視鏡 部位 	X線(直接)  所見	視診・触診部位  腫瘍有無 () 乳房X線検査 (内外斜位方向) R X L  (頭尾方向) R O L  所見 右左 腫瘤 () () 石灰化 () () 局所的非対称性陰影 () () 構築の乱れ () () その他 () () 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	視診・内診所見 () 子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 <input type="checkbox"/> NILM (微生物) <input type="checkbox"/> NILM (その他の非腫瘍性所見) <input type="checkbox"/> ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) 扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> ISIL (HPV感染) <input type="checkbox"/> ISIL (軽度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (上皮内癌) <input type="checkbox"/> SCC (扁平上皮癌) 腺系異常及びその他の悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> AGC (腺異型、腺癌疑い) <input type="checkbox"/> AIS (上皮腺癌) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma (腺癌) <input type="checkbox"/> other (その他の癌) 【クラス分類】 I・II・III (IIIa・IIIb) IV・V () 子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()	便潜血 陰性・陽性 ()	血清蛋白分画 総蛋白 g/dl A/G アルブミン % a1グロブリン % a2グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分
判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査	
特に記すべき医師の意見							
実施場所							
実施機関名							
担当医師名							