


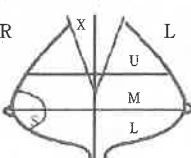
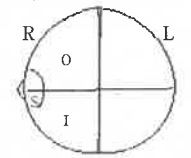


整理番号		健康診断個人票			(一般検査(がん検診)用)	
ふりがな		性 男・女	年齢	歳	明治 大正 昭和	年 月 日生
氏名		別				
居住地	都道府県	区市郡	町村	番地	被爆者健康手帳番号	
	胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
既往歴						
現	症状					
	検査所見	X線(直接・間接)内視鏡部位 	X線(直接)  所見	視診・触診部位  腫瘍有無 () 乳房X線検査 (内外斜位方向)  R X L U M L (頭尾方向)  R O L I 所見 右左 腫瘍 () () 石灰化 () () 局所的非対称性陰影 () () 構造的乱れ () () 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)	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						