

フリガナ		男・女	住 所	広島市 区 町 丁目		
患者氏名						
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		T E L		職 業	

紹 介 状

(精密検査実施医療機関)

_____ 病院 (医院)

担当医 _____ 科 _____ 様

平素から格段の御協力をいただき、ありがとうございます。

この度、広島市からの委託により実施している _____ 検診を行った結果、
下記のとおりでしたので、精密検査を保険対応でお願い申し上げます。

なお、結果が判明次第お手数ですが、右の精密検査結果連絡票に御記入の上、3 枚複写のうち 2 枚 (①検診実施医療機関用、②保健医療課用) を下記の検診実施医療機関へ送付いただきますようお願い申し上げます。

※ 広島市では、がん検診要精検者の追跡調査を行い、検診事業の質的向上を図りたいと考えておりますので、趣旨を御理解いただき、御協力をお願い申し上げます。

検診年月日	平成 年 月 日
検診結果	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
治療中の疾病の有無 (有 ・ 無)	
疾病名 (_____) 医療機関名 (_____) [治療経過及び現在の処方]	
備考	

【検診実施医療機関】

所在地 _____ TEL _____

名 称 _____ 医師名 _____ 印 _____

精密検査結果連絡票

1 検査方法			
2 検査結果 ア 異常なし イ がん以外 (_____) ウ CIN等 (子宮頸がんに限る) ①腺異形成 ②CIN1 ③CIN2 ④CIN3 又は AIS エ がんの疑い オ がん ↓ 該当する項目に○を付けてください。			備 考 他の医療機関への紹介 医療機関名 _____
胃 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 粘 膜 内 が ん
大 腸 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 粘 膜 内 が ん
肺 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 臨 床 病 期 I 期	—
肺がん (喀痰)	原発性のがん	原発性のがんのうち 喀痰細胞診のみで発見	原発性のがんのうち 臨 床 病 期 I 期
子宮がん (頸部)	原発性のがん	原発性のがんのうち 微 小 浸 潤 が ん	—
子宮がん (体部)	原発性のがん	—	—
乳 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 非 浸 潤 が ん
3 治療方針 ア 特になし イ 経過観察 ウ 要治療 (通院・入院・手術 (_____) ・その他 (_____))			
4 偶 発 症 ア 特になし イ 重篤な偶発症 (偶発症による死亡 ・ その他 (_____))			

平成 年 月 日上記のとおり実施しました。

【精密検査実施医療機関】

所在地 _____ TEL _____

名 称 _____ 医師名 _____ 印 _____

フリガナ		男・女	住 所	広島市 区 町 丁目		
患者氏名						
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		T E L		職 業	

紹 介 状

(精密検査実施医療機関)

_____ 病院 (医院)
担当医 _____ 科 _____ 様

平素から格段の御協力をいただき、ありがとうございます。
この度、広島市からの委託により実施している _____ 検診を行った結果、
下記のとおりでしたので、精密検査を保険対応でお願い申し上げます。
なお、結果が判明次第お手数ですが、右の精密検査結果連絡票に御記入の上、3 枚複写の
うち 2 枚 (①検診実施医療機関用、②保健医療課用) を下記の検診実施医療機関へ送付いた
だきますようお願い申し上げます。

※ 広島市では、がん検診要精検者の追跡調査を行い、検診事業の質的向上を図りたいと考
えておりますので、趣旨を御理解いただき、御協力をお願い申し上げます。

検診年月日	平成 年 月 日
検診結果	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
治療中の疾病の有無 (有 ・ 無)	
疾病名 (_____) 医療機関名 (_____) 治療経過及び現在の処方 _____	
備考	

【検診実施医療機関】

所在地 _____ TEL _____
名 称 _____ 医師名 _____ 印 _____

精密検査結果連絡票

1 検査方法			
2 検査結果 ア 異常なし イ がん以外 (_____) ウ CIN等 (子宮頸がんに限る) ①腺異形成 ②CIN1 ③CIN2 ④CIN3 又は AIS エ がんの疑い オ がん ↓ 該当する項目に○を付けてください。			備 考 他の医療機関への紹介 医療機関名 _____
胃 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 粘 膜 内 が ん
大 腸 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 粘 膜 内 が ん
肺 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 臨 床 病 期 I 期	—
肺がん (喀 痰)	原発性のがん	原発性のがんのうち 喀痰細胞診のみで発見	原発性のがんのうち 臨 床 病 期 I 期
子宮がん (頸 部)	原発性のがん	原発性のがんのうち 微 小 浸 潤 が ん	—
子宮がん (体 部)	原発性のがん	—	—
乳 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 非 浸 潤 が ん
3 治療方針 ア 特になし イ 経過観察 ウ 要治療 (通院・入院・手術 (_____) ・その他 (_____))			
4 偶 発 症 ア 特になし イ 重篤な偶発症 (偶発症による死亡 ・ その他 (_____))			

平成 年 月 日上記のとおり実施しました。

【精密検査実施医療機関】

所在地 _____ TEL _____
名 称 _____ 医師名 _____ 印 _____

フリガナ		男・女	住 所	広島市 区 町 丁目		
患者氏名						
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)		T E L		職 業	

紹 介 状

(精密検査実施医療機関)

病院 (医院)

担当医 科 様

平素から格段の御協力をいただき、ありがとうございます。

この度、広島市からの委託により実施している 検診を行った結果、
下記のとおりでしたので、精密検査を保険対応でお願い申し上げます。

なお、結果が判明次第お手数ですが、右の精密検査結果連絡票に御記入の上、3枚複写のうち2枚(①検診実施医療機関用、②保健医療課用)を下記の検診実施医療機関へ送付いただきますようお願い申し上げます。

※ 広島市では、がん検診要精検者の追跡調査を行い、検診事業の質的向上を図りたいと考えておりますので、趣旨を御理解いただき、御協力をお願い申し上げます。

検診年月日	平成 年 月 日
検診結果	
紹介目的	
既往歴及び家族歴	
治療中の疾病の有無 (有 ・ 無)	
疾病名 () 医療機関名 ()	
治療経過及び現在の処方	
備考	

【検診実施医療機関】

所在地	TEL
名 称	医師名 印

精密検査結果連絡票

1 検査方法			
2 検査結果 ア 異常なし イ がん以外 () ウ CIN等 (子宮頸がんに限る) ①腺異形成 ②CIN1 ③CIN2 ④CIN3 又は AIS エ がんの疑い オ がん ↓ 該当する項目に○を付けてください。			備 考 他の医療機関への紹介 医療機関名
胃 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 粘 膜 内 が ん
大 腸 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 粘 膜 内 が ん
肺 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 臨 床 病 期 I 期	—
肺がん(喀痰)	原発性のがん	原発性のがんのうち 喀痰細胞診のみで発見	原発性のがんのうち 臨 床 病 期 I 期
子宮がん(頸部)	原発性のがん	原発性のがんのうち 微 小 浸 潤 が ん	—
子宮がん(体部)	原発性のがん	—	—
乳 が ん	原発性のがん	原発性のがんのうち 早 期 が ん	早 期 が ん の う ち 非 浸 潤 が ん
3 治療方針 ア 特になし イ 経過観察 ウ 要治療 (通院・入院・手術 () ・その他 ())			
4 偶 発 症 ア 特になし イ 重篤な偶発症 (偶発症による死亡 ・ その他 ())			

平成 年 月 日上記のとおり実施しました。

【精密検査実施医療機関】

所在地	TEL
名 称	医師名 印

精密検査結果連絡票の流れ

【検診実施機関にて精密検査を行った場合】

検診実施医療機関

専用の封筒に入れて
(連絡票②※)

広島市保健医療課

検診実施医療機関で、精密検査を行った場合の
帳票の流れを示しています。

【他の医療機関へ紹介する場合】

検診実施医療機関

紹介
(連絡票①②③)

精密検査実施医療機関

紹介状に対する返信
(連絡票①②)

検診実施医療機関

専用の封筒に入れて
(連絡票②)

広島市保健医療課

検診実施医療機関から、他の医療機関へ精密検査を依頼した場合の
帳票の流れを示しています。

※帳票への記入は、右半分の精密検査結果連絡票
のみで構いません。