

令和8年 月 日

医療機関の長 様

広島市長 松井 一 實
(健康福祉局保健部健康推進課)

広島市がん検診 精密検査の結果について (照会)

平素から本市の保健衛生行政の推進に格別の御理解と御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、本市ではがん検診の精度管理の向上を目的として、がん検診において「要精検」と判定された方の精密検査の結果を把握しております。

現在、貴院にて「要精検」と判定された方で、「精密検査結果連絡票」の確認ができていない方について、別紙「精密検査結果通知書」を送付させていただいております。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、別紙「精密検査結果通知書」に精密検査結果をご記入の上、ご返送いただきますようお願い申し上げます。

1 送付内容

- ・ 本書
- ・ 広島市各がん検診 精密検査結果通知書

2 回答について

(1) 受診勧奨通知について

返送がない場合、精密検査受診結果未把握者に対し、本市より受診勧奨通知を送付いたします。受診者の負担軽減のため、把握している情報は全て回答をお願いいたします。

(2) 返信用封筒について

「精密検査結果通知書」の返送については、「精密検査結果連絡票」で使用している返信用封筒を使ってください。なお、返信用封筒のお取り寄せ方法は以下の通りです。

- ① 広島市医師会所属の医療機関
レタープレス（株）からお取り寄せください。
- ② 安佐医師会、安芸地区医師会所属の医療機関
所属する医師会からお取り寄せください。
- ③ その他の医療機関
広島市健康推進課からお取り寄せください。

《問い合わせ先》

広島市健康福祉局保健部健康推進課保健指導係
〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号
Tel: (082)504-2290 担当：永田 舩本

(案)

広島市健康局保健部健康推進課保健指導係

広島市胃がん検診 精密検査結果通知書

患者氏名		生年月日	
住 所			
一次検診 受診日		一次検診 医療機関	

市で記入

胃がん検診精密検査を受診された上記対象者の精密検査結果について、下記にご記入ください。

精密検査	受診状況	受診あり 受診未把握
	受 診 日	令和 年 月 日
	医療機関名	
1 検査方法		
2 検査結果		ア 異常なし イ がん以外(他臓器からの転移を含む) () ウ がんの疑い又は未確定 エ がん(他臓器からの転移を含まない) ①原発性のがん ②原発性のがんのうち早期がん ③早期がんのうち粘膜内がん
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())

令和 年 月 日

(貴院名)

(担当医師名)

※返信用封筒にてご返送ください。

R8.4作成

(案)

広島市健康局保健部健康推進課保健指導係

広島市大腸がん検診 精密検査結果通知書

患者氏名		生年月日	
住 所			
一次検診 受診日		一次検診 医療機関	

市
で
記
入

大腸がん検診精密検査を受診された上記対象者の精密検査結果について、下記にご記入ください。

精密 検査	受診状況	受診あり 受診未把握
	受 診 日	令和 年 月 日
	医療機関名	
1 検査方法		
2 検査結果		ア 異常なし イ がん以外(他臓器からの転移を含む) () ウ 腺腫 ①長径10mm以上 ②長径 エ がんの疑い又は未確定 オ がん(他臓器からの転移を含まない) ①原発性のがん ②原発性のがんのうち早期がん ③早期がんのうち粘膜内がん
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())

令和 年 月 日

(貴院名)

(担当医師名)

R8.4作成

※返信用封筒にてご返送ください。

(案)

広島市健康局保健部健康推進課保健指導係

広島市肺がん検診 精密検査結果通知書

患者氏名		生年月日	
住 所			
一次検診 受診日		一次検診 医療機関	

市
で
記
入

肺がん検診精密検査を受診された上記対象者の精密検査結果について、下記にご記入ください。

精密 検査	受診状況	受診あり 受診未把握
	受 診 日	令和 年 月 日
	医療機関名	
1 検査方法		
2 検査結果		ア 異常なし イ がん以外(他臓器からの転移を含む) () ウ がんの疑い又は未確定 エ がん(他臓器からの転移を含まない) ①原発性のがん ②原発性のがんのうち臨床病期 0期～I 期 ③原発性のがんのうち喀痰細胞診のみで発見
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())

令和 年 月 日

(貴院名)

(担当医師名)

※返信用封筒にてご返送ください。

R8.4作成

(案)

広島市健康局保健部健康推進課保健指導係

広島市乳がん検診 精密検査結果通知書

市で記入

乳がん検診精密検査を受診された上記対象者の精密検査結果について、下記にご記入ください。

精密検査	受診状況	受診あり	受診未把握
	受診日	令和 年 月 日	
	医療機関名		
1 検査方法			
2 検査結果		ア 異常なし イ がん以外(他臓器からの転移を含む) () ウ がんの疑い又は未確定 エ がん(他臓器からの転移を含まない) ①原発性のがん ②原発性のがんのうち早期がん ③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())	

令和 年 月 日

(貴院名)

(担当医師名)