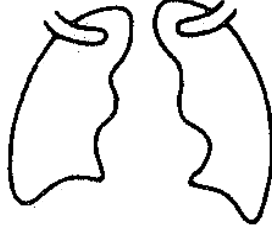
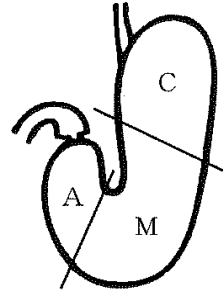


がん検診結果票

長崎県医師国民健康保険組合

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
住所		検診日	
		令和	年 月 日

肺がん	胸部 X線 所見		胃がん	(胃部 X線・内視鏡) 所見	X線 (直接・間接) ・ 内視鏡 
	診断			診断	
大腸がん	便潜血	1回目 検査結果	- . +	前立腺がん	P S A
		2回目 検査結果	- . +		
	診断			診断	
乳がん	所見・診断	(エコー ・ マンモグラフィ)		子宮頸がん	所見・診断

<総合所見>

医療機関	令和 年 月 日
	所在地
	名称
	担当医師名 ⑩

※各医療機関で備えている検診結果票がある場合は、その結果票を受診者にお渡しください。結果票を備えていない場合は、この用紙に結果を記入して受診者にお渡しください。