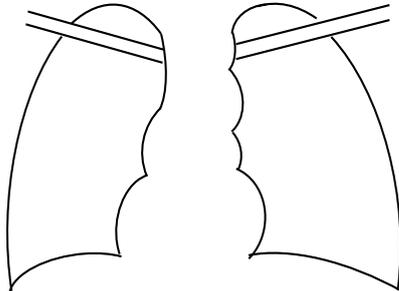
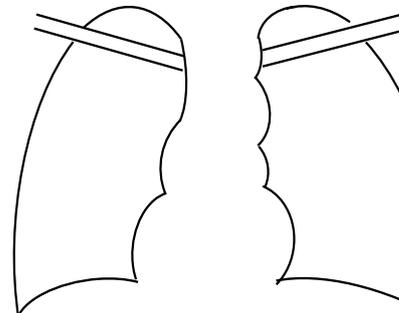


撮影年月日： 年 月 日

フィルムNo：

胸部X線検査所見

一次読影	読影年月日： 年 月 日	読影医（ ）
比較読影 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ＜所見＞		＜X線判定区分＞ <input type="checkbox"/> a 読影不能 <input type="checkbox"/> b 異常所見を認めない <input type="checkbox"/> c 異常所見を認めるが、精査を必要としない <input type="checkbox"/> d1 活動性肺結核 <input type="checkbox"/> d2 活動性非結核性肺病変 <input type="checkbox"/> d3 循環器疾患（ ） <input type="checkbox"/> d4 石綿関連疾患 <input type="checkbox"/> d5 その他（ ） <input type="checkbox"/> e1 肺がんの疑いを否定しえない <input type="checkbox"/> e2 肺がんを強く疑う

二次読影	読影年月日： 年 月 日	読影医（ ）
比較読影 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ＜所見＞		＜X線判定区分＞ <input type="checkbox"/> a 読影不能 <input type="checkbox"/> b 異常所見を認めない <input type="checkbox"/> c 異常所見を認めるが、精査を必要としない <input type="checkbox"/> d1 活動性肺結核 <input type="checkbox"/> d2 活動性非結核性肺病変 <input type="checkbox"/> d3 循環器疾患（ ） <input type="checkbox"/> d4 石綿関連疾患 <input type="checkbox"/> d5 その他（ ） <input type="checkbox"/> e1 肺がんの疑いを否定しえない <input type="checkbox"/> e2 肺がんを強く疑う

X線決定判定

<input type="checkbox"/> A 読影不能 <input type="checkbox"/> B 異常所見を認めない <input type="checkbox"/> C 異常所見を認めるが、精査を必要としない <input type="checkbox"/> D1 活動性肺結核 <input type="checkbox"/> D2 活動性非結核性肺病変 <input type="checkbox"/> D3 循環器疾患（ ） <input type="checkbox"/> D4 石綿関連疾患 <input type="checkbox"/> D5 その他（ ） <input type="checkbox"/> E1 肺がんの疑いを否定しえない <input type="checkbox"/> E2 肺がんを強く疑う
--

喀痰細胞診

実施 <input type="checkbox"/> なし(対象外・希望なし) <input type="checkbox"/> あり
結果判定日： 年 月 日
＜喀痰細胞診判定区分・細胞所見＞ <input type="checkbox"/> A 喀痰中に組織球を認めない <input type="checkbox"/> B 正常上皮細胞のみ、基底細胞増生 軽度異形扁平上皮細胞、線毛円柱上皮細胞 <input type="checkbox"/> C 中等度異形扁平上皮細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞 <input type="checkbox"/> D 高度(境界)異型扁平上皮細胞または 悪性腫瘍が疑われる細胞を認める <input type="checkbox"/> E 悪性腫瘍細胞を認める

総合判定

＜指導区分＞ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がん以外) <input type="checkbox"/> 要精密検査	実施医療機関名 担当医（ ）
---	-----------------------