

## 鳥取県肺がん集団検診実施指針

### 1 目的

全国的に肺がんの死亡率は年々増加傾向にあり、本県においても同様の傾向にあることから、肺がんの早期発見、早期治療を目的として、次のとおり肺がん集団検診を実施することとする。

### 2 実施主体

県内市町村

### 3 検診の対象者

当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者（被用者等職域等において事業主または保険者が実施する検診で、この事業に相当する検診を受けることができる者を除く。）

なお、喀痰細胞診の対象者は、上記の対象者のうち下記5（1）の質問の結果、原則として次の条件に該当する者とする。

＜ 年齢50歳以上で喫煙指数（1日本数×年数）600以上の者 ＞

また、質問の結果、最近6月以内に血痰のあったことが判明した者に対しては、肺がんの有症状者である疑いがあることから、第一選択として、十分な安全管理の下で多様な検査を実施できる医療機関への受診を勧奨する。

### 4 検診実施機関

（1）下記に定める実施方法等で検診が実施できる検診機関とする。

（2）検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、胸部エックス線検査をする場合、以下の点を遵守する。

- ① 検診の実施に関し、事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した計画書（様式例8）を作成し、市町村に提出する。なお、市町村が自ら検診を実施する場合には、当該計画書を自ら作成し、保存する。
- ② 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。
- ③ 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。
- ④ 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。
- ⑤ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

### 5 実施方法

（1）質問

- ① 質問は、肺がん検診票（以下「検診票」という。（様式例1））により、家族歴、既往歴、自覚症状、喫煙歴、検診歴等について聴取する。なお、質問は必ずしも対面による聴取で実施する必要はなく、受診者に自記式の質問用紙を記載させることをもって代えることができる。
- ② 喀痰細胞診の対象者には、喀痰採取容器を配布し、採痰方法の指導を行う。（様式例2）

（2）胸部エックス線検査

- ① 結核予防法（昭和26年法律第96号）第4条に規定する定期の健康診断等において撮影された胸部エックス線写真（胸部間接撮影：100mm1枚、又は、デジタル方式で撮影された胸部画像：ライフサイズ1枚）を用いた読影とする。
- ② 定格出力150kV以上の撮影装置を用い、120kV以上の管電圧で撮影する。
- ③ エックス線フィルム及びデジタル画像は、次回検診時の比較読影に備えて、最低5年間は検診実施検査機関（以下「検診機関」という。）が保管する。

- ④ デジタル方式の画像読影は、レーザーイメージャーによるハードコピーか、2M以上の画素数のディスプレイを用いることとする。
- (3) 喀痰細胞診
- ① 採痰方法は3日間蓄痰法とする。
  - ② 検査機関は財団法人鳥取県保健事業団（以下「事業団」という。）とする。
  - ③ 検体は3年以上適切な期間、事業団が保存する。
- (4) 費用徴収（個人負担）
- 市町村の実情等を勘案し、費用徴収を行うことができるものとする。

## 6 結果の判定

### (1) 読影委員会

胸部エックス線写真判定の精度確保を図るため、別添「鳥取県各地区肺がん検診読影委員会運営要領（以下「運営要領」という。）により、鳥取県各地区読影委員会（以下「読影委員会」という。）を運営する。

### (2) 読影方法及び判定方法

- ① 胸部エックス線写真読影は全例を2名以上の医師により行うこととする。  
まず、検診実施機関の医師が全例を読影する。（以下「第一読影」という。）  
次に、第一読影医以外の読影委員会委員により、全例を読影する。（以下「第二読影」という。）  
第一読影医及び第二読影医のいずれかの医師が「d」または「e」と判定したものは、運営要領に定める読影会（以下「読影会」という。）において、エックス線フィルムと検診票をもとに、読影を実施する。
- ② 読影会において、検診機関が前年分のフィルムを有する場合には、そのフィルムを提出することとする。  
読影会において、いずれかの委員が「d」または「e」と判定した場合及び必要と認められた場合、前年分（または過去5年以内の撮影分）のフィルムと比較読影を行い、要精検の有無を判定する。
- ③ 判定は、「肺癌集団検診の手びき」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「肺がん検診における胸部エックス線写真の判定基準と指導区分」（別添1）により行う。
- ④ なお、デジタル画像についても、①から③と同様に取り扱うものとする

### (3) 再読影

読影不能と判定された場合は、再度撮影を実施する。

### (4) 喀痰細胞診検査及び判定

- ① 提出された検体は細胞検査士がスクリーニングし、C判定ないしそれ以上とみなした場合は、必ず細胞診指導医が再判定する。  
判定は、日本肺癌学会による「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」（別添2）を準用して行う。この場合において医師及び臨床検査技師は、鳥取県健康対策協議会肺がん検診細胞診委員会委員とする。
- ② 採取した喀痰の処理方法は、ホモジナイズ法、粘液融解法又は直接塗抹法により、2枚以上のスライドに擦り合わせ式で塗抹する。（塗抹面積はスライドガラスの3分の2程度）
- ③ 同一検体から作成されたスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングする。

## 7 結果の通知及び指導

- (1) 検診機関は検診票等により検診結果を市町村へ報告する。
- (2) 市町村は、検診機関からの報告に基づき、要再検者及び要精検者に対して検診結果を通知する。（別添3）
- (3) 市町村は、「要精密検査（E判定：肺がんの疑い）」とされた者については、胸部精密検

査紹介状（以下「紹介状」という。（様式第1号））を作成し、鳥取県健康対策協議会（以下「健対協」という。）に登録されている肺がん検診精密検査登録医療機関（以下「精検機関」という。）で検査を受けるよう受診勧奨を行う。（様式例3）

- (4) 市町村は、「要検査（D判定：異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる。）」の者のうち、心疾患以外の胸部疾患の疑いの者は、(3)に準じて紹介状を作成し、結核予防法による指定医療機関（CTスキャン装置を有する医療機関が望ましい。）で検査を受けるよう受診勧奨を行う。（様式例4）その際、当該者から肺がんが発見されることがあり得ることに留意する。
- (5) 市町村は、胸部エックス線撮影の結果、D判定の者のうち心疾患の疑いがある者については、医療機関での精密検査を指導する。（様式例5）
- (6) 市町村は、喀痰の材料不適の者に再検査を受けるよう指導する。（様式例6）
- (7) 市町村は、喀痰細胞診でC判定の者については、定期検査を受けるよう指導する。（様式例7）

## 8 精密検査結果報告

精検機関は、精密検査を受けた者の検査結果を紹介状により市町村に報告する。

ただし、一次検診を事業団又は財団法人中国労働衛生協会（以下「中国労働衛生協会」という。）で受診した者の紹介状については事業団又は中国労働衛生協会に返送し、事業団又は中国労働衛生協会は、精密結果をとりまとめて市町村に報告する。なお、市町村が希望する場合には直接市町村に報告するものとする。

## 9 記録の整備

- (1) 市町村は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、受診指導の記録、検診結果、精密検査の必要性の有無、精密検査受診の有無、精密検査の確定診断の結果等を記録するものとする。また、必要に応じて個人票を作成し、これらの情報について整理するほか、治療の状況や予後、その他必要な事項についても記録するものとする。
- (2) 市町村は、別に定める確定調査実施要領に基づき、精密検査の結果が、がんまたはがん疑いの者の紹介状の写し等を、11に掲げる報告に併せて、県健康政策課を經由して健対協に提出するとともに、確定診断の結果、治療の状況等の把握に協力するものとする。ただし、事業団又は中国労働衛生協会は直接健対協に提出することとする。

## 10 精密検査未受診者受診勧奨

市町村は、精密検査未受診者の把握に努め、未実施者については、速やかに受診するよう勧奨する。

## 11 検診結果の報告

市町村は、当該年度の肺がん検診の結果及び精密検査結果について、健康増進事業等健康診査実施状況調査表（様式第2号）により、下記のとおり県福祉保健部健康政策課に報告する。

| 報告時期        | 報告対象者               | 備考   |
|-------------|---------------------|------|
| 翌年度5月31日まで  | 3月31日までに精密検査を受診した者  | 中間報告 |
| 翌年度11月15日まで | 10月31日までに精密検査を受診した者 | 最終報告 |

## 12 検診の評価、解析

検診結果及び確定調査の結果は、鳥取県生活習慣病検診等管理指導協議会肺がん部会、鳥取

県健康対策協議会肺がん対策専門委員会で検討する。

### 13 検診の精度確保

肺がん検診従事者の技術の向上を図ることにより、検診の精度確保を図るため、肺がん検診従事者講習会及び症例検討会を行う。

附 則

この指針は、平成10年度の検診から適用する。

附 則

この要領は、平成14年5月23日から施行し、平成14年度の検診から適用する。

附 則

この要領は、平成17年3月10日から施行し、平成17年度の検診から適用する。

附 則

この要領は、平成24年3月21日から施行し、平成24年度の検診から適用する。

附 則

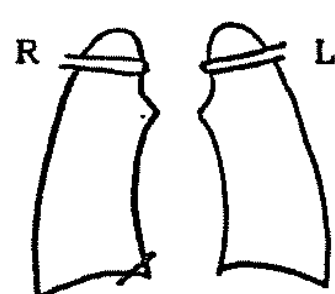
この要領は、平成26年9月25日から施行し、平成27年度の検診から適用する。

附 則

この要領は、平成30年5月9日から施行し、平成30年度の検診から適用する。

# 肺がん検診票

|               |  |        |        |          |                          |
|---------------|--|--------|--------|----------|--------------------------|
| フガナ<br>氏名     |  | 性<br>別 | 男<br>女 | 生年<br>月日 | M. T. S. H<br>年 月 日 ( 歳) |
| 住所            | 電話番号 ( - )   |        |        |          |                          |
| 検診歴           | 1. なし<br>2. あり 前回受診状況 (受診年月 年 月) 受診機関名 ( )<br>胸部レントゲン写真の結果 ①異常なし ②異常あり<br>喀痰検査 1) 実施せず 2) 実施した 結果①異常なし ②異常あり   |        |        |          |                          |
| 既往歴           | 1. なし<br>2. あり 1) 肺がん 2) 肺結核 3) 肺炎 4) 喘息 5) 慢性閉塞性肺疾患 (CDPD)<br>6) じん肺 7) その他 ( )   |        |        |          |                          |
| 自覚<br>症状      | ・最近咳が出ますか。 1. よくでる 2. 時々でる 3. でない<br>・最近痰が出ますか。 1. よくでる 2. 時々でる 3. でない<br>・6か月以内に痰に血が混じったことがありますか。 1. ある 2. ない<br>・最近胸が痛みますか。 1. よく痛む 2. 時々痛む 3. 痛まない<br>・最近息切れがしますか。 1. よくする 2. 時々する 3. しない<br>・その他の気になる症状がありますか。 ( ) |        |        |          |                          |
| 喫煙歴           | 1. 吸う 1日平均 ( ) 本×喫煙期間 ( ) 年=B I 指数 ( )<br>2. やめた ( ) 年前からやめた<br>3. 吸わない  |        |        |          |                          |
| 石綿作業等<br>の従事歴 | ・仕事で石綿 (アスベスト) に関わる作業経験はありますか。 1. ある ( 年間) 2. ない<br>・仕事で粉じん作業に関わる作業経験はありますか。 1. ある ( 年間) 2. ない<br>・仕事で特殊健診を要する業務に関わる作業経験はありますか。 1. ある ( 年間) 2. ない  |        |        |          |                          |
| 女性のみ          | ・現在妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか。<br>1. ある 妊娠週数 ( 週)、 最終月経 ( 年 月 日)<br>2. ない   |        |        |          |                          |

|                                       |   |  |                   |
|---------------------------------------|---|--|-------------------|
| 胸部<br>エ<br>ッ<br>ク<br>ス<br>線<br>撮<br>影 | 所 見   | 判 定  | 読影年月日<br>平成 年 月 日 |
|                                       |  | A 読影不能<br>B 異常なし<br>C 精検不要<br>D 要検査<br>①活動性肺結核疑い<br>②活動性非結核性病変疑い<br>③循環器疾患疑い<br>④その他<br>E 要精検<br>①肺がんの疑いを否定しえない<br>②肺がんを強く疑う | 比較読影<br>不要 実施 未実施 |
|                                       |   |  | 読影委員会印            |

|                       |                          |           |   |   |
|-----------------------|--------------------------|-----------|---|---|
| 喀<br>痰<br>細<br>胞<br>診 | 検査要否                     | 細 胞 診 結 果 |   |   |
|                       | ①要<br>②不要<br>③必要だが<br>拒否 | 判 定       | A 材料不適<br>B 異常なし<br>C 追跡<br>D 要精検<br>E 至急精検 | A 材料不適<br>B 異常なし<br>C 追跡<br>D 要精検<br>E 至急精検 |
|                       | 実施機関<br>( )              | 所 見       | 担当CT名<br>( )                                | 担当MD名<br>( )                                |
|                       |                          |           |   |   |

|      |  |  |  |
|------|--|--|--|
| 総合判定 | 1. 異常認めず<br>2. 精検不要<br>3. 再検査[肺・心臓・痰 ( ①A判定 ②C判定 ) ]<br>4. 要精検 |  |  |
|------|--|--|--|

|       |          |        |       |
|-------|----------|--------|-------|
| 受診年月日 | 平成 年 月 日 | 検診医療機関 | 検診医師名 |
|-------|----------|--------|-------|

## 「たん」の検査を受けられる人へ！

- ・ 気管支部分のがんを発見するのに有効な検査です。
- ・ 早朝起床時の「たん」を3日分検査します。
- ・ 「たん」は気管支などのゴミ（気道分泌物）ですから必ず出ます。

### （容器の取扱い及び注意事項）

- 1 中の液は「たん」を溶かし、固定するのに必要な保存液です。危険なものではありませんが、飲まないでください。
- 2 直射日光を避け、涼しいところ（冷暗所）に保管してください。
- 3 受診の5日ぐらい前から、早朝起床時の「たん」を3日間分採ります。つばや鼻汁のみでは検査できません。

### （手 順）

- 1 容器の中ぶたを必ずはがしておきます。
- 2 軽く口をすすぎ、口の中をきれいにします。
- 3 強く咳ばらいをして、のどの奥から「たん」を出し、容器の中に入れます。
- 4 液がもれないようにしっかりとふたを閉め、20回くらい強く振ります。

※ 2～4の動作を3日間くり返します。

※ 朝の「たん」が出ない人は、次の動作をしてみてください。（昼間の「たん」でもよい。）

- 1 ぬるま湯でうがいをし、上半身の軽い体操をします。  
（腕をぐるぐる回す、首を動かす等）
- 2 口を大きく開き、深呼吸をします。
- 3 図のように口から湯気を吸いこんでみます。
- 4 のどの奥から出すように、強く咳ばらいをします。



平成 年 月 日

様

市 町 村 名

### 肺がん検診結果のお知らせ

先日あなたが受けられました肺がん検診の結果、精密検査を受けられるようお勧めします。

なお、精密検査をお受けになるときは、別紙の名簿のうち、希望される病院に前もって検査の日時などをご相談の上、その指示によって検査を受けてください。

また、検査当日は、次のことに気をつけてください。

- ※ 同封の紹介状をお忘れなく主治医に提出してください。
- ※ 保険証を必ず持参してください。

※ この通知を受け取られた方は、肺に何らかの病気が疑われる方です。しかし、精密検査の結果、異常のない場合もありますので、念のため申し添えます。

平成 年 月 日

様

市 町 村 名

### 結核・肺がん検診結果のお知らせ

先日あなたが受けられました結核・肺がん検診の結果、精密検査を受けられるようお勧めします。

なお、精密検査をお受けになるときは、別紙の名簿のうち、希望される病院に前もって検査の日時などをご相談の上、その指示によって検査を受けてください。

また、検査当日は、次のことに気をつけてください。

- ※ 同封の紹介状をお忘れなく主治医に提出してください。
- ※ 保険証を必ず持参してください。

※ この通知を受け取られた方は、肺に何らかの陰影のある方です。しかし、血管陰影など、異常のない場合もありますので、念のため申し添えます。



平成 年 月 日

様

市 町 村 名

### 結核・肺がん検診結果のお知らせ

先日あなたが受けられました結核・肺がん検診の胸部エックス線撮影の結果、肺の異常は認められませんでした。心疾患の疑いで検査を必要としますので、医療機関で受診されるようお勧めします。

平成 年 月 日

様

市 町 村 名

### 肺がん検診の喀痰細胞診についてのお知らせ

先日あなたが受けられました肺がん検診において提出されました喀痰は、材料不適（痰があまり含まれていなかった等の理由）のため、検査が実施できませんでした。

については、下記により、再度検査を受けられますようお勧めします。

#### 記

- 1 検査受付
- 2 検査料金
- 3 検体提出先

平成 年 月 日

様

市 町 村 名

### 肺がん検診の喀痰細胞診の結果のお知らせ

先日あなたが受けられました肺がん検診の結果、胸部エックス線撮影では異常は認められませんでした。が、喀痰細胞診で、一部注意を要する細胞が見つかりました。

については、念のため来年の肺がん検診の喀痰細胞診を必ず受診されるようお勧めいたします。

なお、たばこを吸っている人は、減らすように努力しましょう。

また、次回検診までに咳や痰がよく出る等変わったことがあれば早めに受診してください。

## 肺がん検診における胸部エックス線写真の判定区分と指導区分

| 二重読影時の<br>仮判定区分 | 比較読影を含む<br>決定判定区分 | エックス線所見   | 二重読影時の<br>仮指導区分 | 比較読影を含む<br>決定指導区分 |
|-----------------|-------------------|---|-----------------|-------------------|
| a               | A                 | 「読影不能」<br>撮影条件不良、現像処理不良、位置付不良、フィルムのキズなどで読影不能のもの。  | 再撮影             |                   |
| b               | B                 | 「異常所見を認めない」   | 定期検診            |                   |
| c               | C                 | 「異常所見を認めるが精査を必要としない」<br>明らかな石灰陰影あるいは繊維性変化などで精査や治療を必要としないと判定できる陰影。   |                 |                   |
| d               | D                 | 「異常所見を認めるが肺癌以外の疾患が考えられる」  | 比較読影            | 肺癌以外の該当疾患に対する精査   |
| d1              | D1                | 「活動性肺結核」治療を要する肺結核を強く疑う。   |                 |                   |
| d2              | D2                | 「活動性非結核性病変」肺炎、気胸など治療を要する状態。   |                 |                   |
| d3              | D3                | 「循環器疾患」冠状動脈石灰化、大動脈瘤など心大血管異常。  |                 |                   |
| d4              | D4                | 「その他」乖離腫瘍、胸壁腫瘍など精査を要する状態  |                 |                   |
| e               | E                 | 「肺癌の疑い」<br>「肺癌の疑いを否定しえない」<br>「肺癌を強く疑う」<br>孤立性陰性、陳旧性病変に新しい陰影が出現。肺門部の異常（腫瘍影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など）。<br>気管支の狭窄・閉塞による二次変化。<br>（区域・葉・前葉性の肺炎、無気肺、肺気腫など）<br>その他肺癌を疑う所見。 |                 | 肺癌に対する精査          |
| e1              | E1                |   |                 |                   |
| e2              | E2                |   |                 |                   |

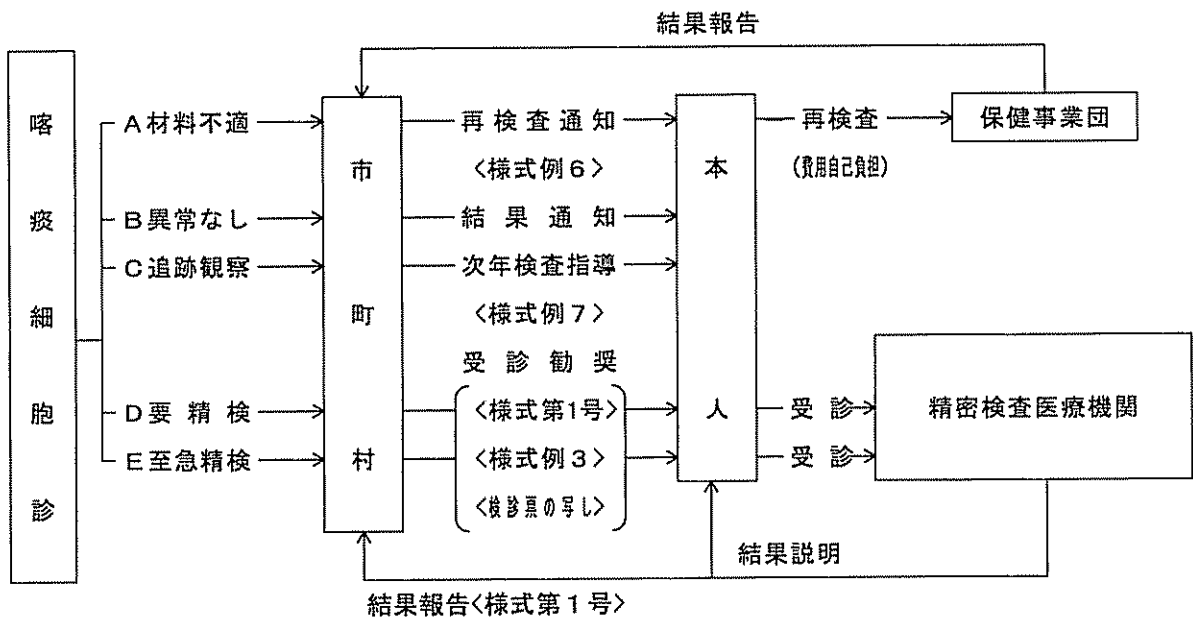
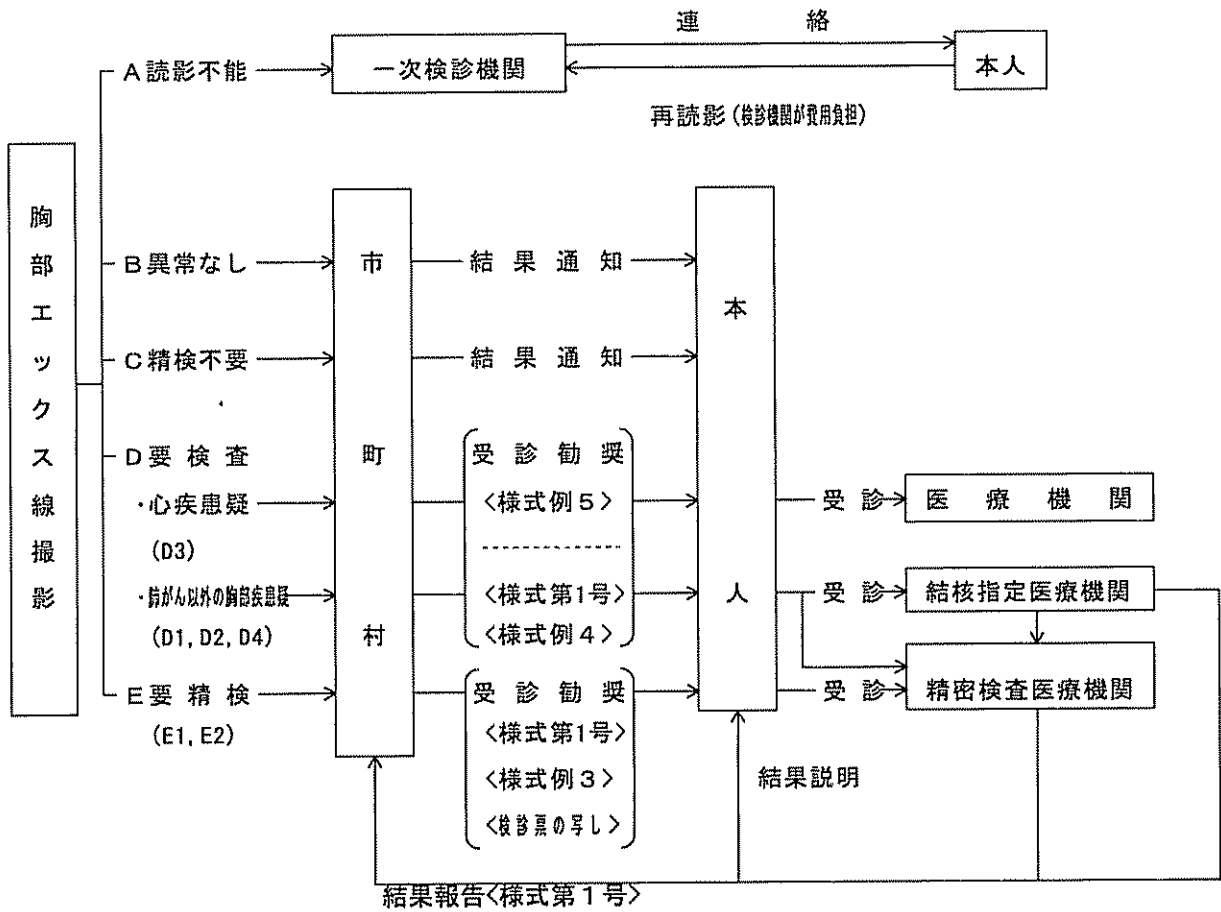
## 集団検診における喀痰細胞診の判定区分と指導区分

| 判定区分 | 細胞所見   | 指導区分                    |
|------|--|-------------------------|
| A    | 喀痰中に組織球を認めない。                                | 材料不適、再検査                |
| B    | 正常上皮細胞のみ<br>基底細胞増生<br>軽度異型扁平上皮細胞<br>繊毛円柱上皮細胞 | 現在異常を認めない。<br>次回定期検査    |
| C    | 中等度異型扁平上皮細胞<br>核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞              | 程度に応じて6か月<br>以内の追加検査と追跡 |
| D    | 高度（境界）異型扁平上皮細胞または<br>悪性腫瘍の疑いある細胞を認める。        | ただちに精密検査                |
| E    | 悪性腫瘍細胞を認める。                                  |                         |

- 【注】
- 1) 個々の細胞でなく、喀痰1検体の全標本に関する総合判定である。
  - 2) 全標本上の細胞異型の最も高度な部分によって判定するが、異型細胞少数例では再検査を考慮する。
  - 3) 扁平上皮細胞の異型度の判定は異型扁平上皮細胞の判定基準写真を参照して行う。
  - 4) 再検査とは検体が喀痰ではない場合に再度検査を行うことを意味する。
  - 5) 追加検査とはC判定の場合に喀痰検査を追加して行うことを意味する。
  - 6) 再検査や追加検査が困難なときには、次回定期検査の受診を勧める。

肺がん検診結果通知・事後指導フローチャート

(集団検診)



※お願い

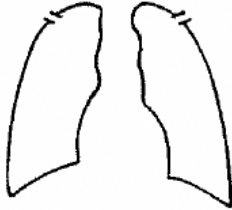
平素から肺がん検診に御理解、御協力をいただき、ありがとうございます。検診結果は次のとおりでしたので、精密検査をお願いします。つきましては、御面倒ですが、精密検査の結果を御記入の上、御返送いただきますようお願いいたします。

## 胸部精密検査紹介状

平成 年 月 日

担当医様

市町村名 \_\_\_\_\_

|   |               |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
|---|---------------|--|---------------|--|------------|-----|------|---------------|----|-------|---|---|--|-----|--|--|---|
| <p>1 一次検診結果</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">検診月日</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> <tr> <td>直接<br/>フィルムNo.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ふりがな<br/>氏名</td> <td style="text-align: right;">男・女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>M・T・S . . (歳)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>-----</td> </tr> </table><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">B</td> <td style="width: 15%;">I</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td>自覚症</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 検診月日          |  | 直接<br>フィルムNo. |  | ふりがな<br>氏名 | 男・女 | 生年月日 | M・T・S . . (歳) | 住所 | ----- | B | I |  | 自覚症 |  |  | <p style="text-align: center;">検診機関名 ( )</p> <p>(1) 胸部X線直接撮影</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="margin-left: 20px;"> <p>[判定区分]</p> <p>A B C</p> <p>D1 D2 D3 D4</p> <p>E1 E2</p> </div> </div> <p>(2) 喀痰細胞診断</p> <p style="text-align: right;">[判定区分] A B C D E</p> |
| 検診月日  |               |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
| 直接<br>フィルムNo.   |               |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
| ふりがな<br>氏名  | 男・女           |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
| 生年月日  | M・T・S . . (歳) |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
| 住所  | -----         |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
| B   | I             |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |
| 自覚症   |               |  |               |  |            |     |      |               |    |       |   |   |  |     |  |  |   |

## 2 精 査 結 果

診断名 ( ) ・異常を認めず

### (1) 診断方法

- ① 胸部直接撮影      ② C・T      ③ 気管支鏡      ④ 経皮針生検  
 ⑤ 胸腔鏡      ⑥ 細胞診      ⑦ 組織診      ⑧ その他 ( )

### (2) 腫瘍占拠部位

(3) 細胞診 O I II IIIa IIIb IV V または A B C D E

### (4) 組織分類

- ① 扁平上皮癌      ② 腺癌      ③ 小細胞癌      ④ 大細胞癌  
 ⑤ その他の組織型

### (5) TNM分類

第7版 T:TX T0 Tis T1a T1b T2a T2b T3 T4    N:NO N1 N2 N3    M:MO M1a M1b

第8版 T:TX T0 Tis Tmi T1a T1b T1c T2a T2b T3 T4    N:NO N1 N2 N3    M:MO M1a M1b M1c

### (6) Stage分類

第7版 潜伏 0 IA IB IIA IIB IIIA IIIB IV

第8版 潜伏 0 IA1 IA2 IA3 IB IIA IIB IIIA IIIB IIIC IV

### (7) 治療方針

- ① 手術      ② 放射線治療      ③ 薬物療法      ④ 経過観察  
 ⑤ 放置      ⑥ その他 ( )

|       |          |       |          |
|-------|----------|-------|----------|
| 精査年月日 | 平成 年 月 日 | 来院年月日 | 平成 年 月 日 |
|-------|----------|-------|----------|

|                 |  |
|-----------------|--|
| 精密医療機関<br>(担当医) |  |
|-----------------|--|

他の診療科や他機関へ紹介された場合は、その診療科や機関名を記入し、この紹介状を引き継いでください。また、紹介を受けた担当医は氏名を記入してください。

|     |          |     |
|-----|----------|-----|
|     | 診療科名・機関名 | 担当医 |
| 初診  |          |     |
| 紹介先 |          |     |
| 紹介先 |          |     |

肺がん検診

(1) 一次検診

市町村名 ( )

| 検診機関名         | 年 齢   | X 線 検 査      |   |                |   |        |   |       |   | 喀 痰 細 胞 診                |     |                        |     |                    |     |                     |     | 要精検者合計<br>(うち高危険群再掲) |     |
|---------------|-------|--------------|---|----------------|---|--------|---|-------|---|--------------------------|-----|------------------------|-----|--------------------|-----|---------------------|-----|----------------------|-----|
|               |       | X線検査<br>受診者数 |   | (経年受診者数<br>再掲) |   | 異常認めず* |   | 要精検者数 |   | X線検査受診者<br>中高危険群所属<br>者数 |     | 喀痰容器提出者<br>数(うち高危険群再掲) |     | 精検不要<br>(うち高危険群再掲) |     | 要精検者数<br>(うち高危険群再掲) |     |                      |     |
|               |       | A            |   | 再掲)            |   | B      |   | C     |   | D                        |     | E                      |     | F                  |     | G                   |     |                      |     |
|               |       | 男            | 女 | 男              | 女 | 男      | 女 | 男     | 女 | 男                        | 女   | 男                      | 女   | 男                  | 女   | 男                   | 女   | 男                    | 女   |
| 一次検診機関<br>( ) | 40~44 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 45~49 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 50~54 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 55~59 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 60~64 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 65~69 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 70~75 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 75~79 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 80歳以上 |              |   |                |   |        |   |       |   | ( )                      | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |
|               | 計     |              |   |                |   |        |   |       |   |                          | ( ) | ( )                    | ( ) | ( )                | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                  | ( ) |



肺がん検診  
(2) 精密検査

市町村名 ( )

| 検診機関名         | 年齢    | X線検査         |     |        |     |       |     |       |     |     |     |     |     | 喀痰細胞診                        |     |                       |     |                       |     |                       |     |     |     |  |  |
|---------------|-------|--------------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|--|--|
|               |       | 精密検査<br>受診者数 |     | 精密検査結果 |     |       |     |       |     |     |     |     |     | 精密検査<br>受診者数<br>(うち高危険群再検) O |     | 精密検査結果                |     |                       |     |                       |     |     |     |  |  |
|               |       |              |     | 異常認めず  |     | その他疾病 |     | 肺がん疑い |     | 肺がん |     |     |     |                              |     | 異常認めず<br>(うち高危険群再検) P |     | その他疾病<br>(うち高危険群再検) Q |     | 肺がん疑い<br>(うち高危険群再検) R |     | 肺がん |     |  |  |
|               |       | I            |     | J      |     | K     |     | L     |     | M   |     | N   |     | S                            |     | T                     |     | S                     |     | T                     |     |     |     |  |  |
| 男             | 女     | 男            | 女   | 男      | 女   | 男     | 女   | 男     | 女   | 男   | 女   | 男   | 女   | 男                            | 女   | 男                     | 女   | 男                     | 女   | 男                     | 女   | 男   | 女   |  |  |
| 精密検査機関<br>( ) | 40~44 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 45~49 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
| 一次検診機関<br>( ) | 50~54 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 55~59 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 60~64 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 65~69 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 70~75 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 75~79 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
|               | 80歳以上 | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) | ( ) |  |  |
| 計             | ( )   | ( )          | ( ) | ( )    | ( ) | ( )   | ( ) | ( )   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( ) |     |  |  |

| 年齢    | X線検査・喀痰細胞診総合結果        |     |                              |     |                       |     |                       |     |                       |     |                     |     |                              |     |
|-------|-----------------------|-----|------------------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|-----------------------|-----|---------------------|-----|------------------------------|-----|
|       | 要精検者数<br>(うち高危険群再検) U |     | 精密検査<br>受診者数<br>(うち高危険群再検) V |     | 異常認めず<br>(うち高危険群再検) W |     | その他疾病<br>(うち高危険群再検) X |     | 肺がん疑い<br>(うち高危険群再検) Y |     | 肺がん<br>(うち高危険群再検) Z |     | うち原発性肺がん患者数<br>(うち高危険群再検) AA |     |
|       |                       |     | 男                            | 女   | 男                     | 女   | 男                     | 女   | 男                     | 女   | 男                   | 女   | 男                            | 女   |
|       | 男                     | 女   | 男                            | 女   | 男                     | 女   | 男                     | 女   | 男                     | 女   | 男                   | 女   | 男                            | 女   |
| 40~44 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 45~49 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 50~54 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 55~59 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 60~64 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 65~69 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 70~75 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 75~79 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 80歳以上 | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |
| 計     | ( )                   | ( ) | ( )                          | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                   | ( ) | ( )                 | ( ) | ( )                          | ( ) |



(様式例8)

# 肺がん検診実施計画書

平成 年 月 日

市町村長 様

検診実施機関住所 \_\_\_\_\_  
(法人にあっては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

電話 \_\_\_\_\_ (担当者名 \_\_\_\_\_)

下記のとおり、肺がん検診実施計画書を提出します。

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 1 検診実施機関の名称   |                                      |
| 検診実施機関の所在地  | 〒 _____<br>TEL _____ FAX _____       |
| 2 検診実施期間 <sup>※1</sup>                              | _____年 _____月 _____日 _____時 ~ _____時 |
| 3 検診実施場所 <sup>※1</sup><br>(検診車による巡回検診である場合は、その旨も明記) |                                      |
| 4 責任医師  | 所属機関名<br>住所<br>氏名<br>検診実施中の連絡先       |
| 5 緊急時ないし必要時に対応する医師 <sup>※2</sup>                    | 所属機関名<br>住所<br>氏名<br>検診実施中の連絡先       |

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。