

大腸1 精密検査医療機関様

大腸がん精密検査の依頼について

下記の方は、浜松市で実施する大腸がん検診の結果、更に精密な検査が必要と思われるので、よろしく精査のほどお願い致します。お手数ですが精密検査の結果を下欄にご記入のうえ、精密検査医療機関控を切離して、2項目以降を当院へご返送頂きますようお願いいたします。なお、治療などのために他院へ紹介する場合は、5項目（治療医療機関用）を紹介先にご送付ください。（注）保険診療でお願いします。

氏名			検診整理番号																	
生年月日	MT SH	年 月 日 (男・女)	検診年月日	年 月 日																
住所	〒		便潜血反応	第1検体				第2検体												
				- +				- +												

医療機関名

医師名

印

精検依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関 他の医療機関 ()	未精検理由
	2		<input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 医師の判断→ <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()

精密検査結果

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日

結果（内視鏡・画像診断）
<input type="checkbox"/> 異常なし（→以下記載の必要はありません）
<input type="checkbox"/> 異常あり（右の項目にも記載してください） →精査時の診断（すべての病変）
<input type="checkbox"/> 進行癌（MP以深）
<input type="checkbox"/> 早期がん（M/SM）
<input type="checkbox"/> 深達度不明癌
<input type="checkbox"/> 腺腫（10mm以上）
<input type="checkbox"/> 腺腫（10mm未満）
<input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍
<input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ
<input type="checkbox"/> 憩室
<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患
<input type="checkbox"/> その他 ()

偶発症
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡

精密検査時の治療
<input type="checkbox"/> 検査時には診断のみ 今後の方針 <input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 他院または自施設他部門へ紹介
<input type="checkbox"/> 検査時に治療・処置を施行 治療・処置方法 <input type="checkbox"/> ポリペクトミー（コールドを含む） <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> ホットバイオプシー <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 ()
最終病理診断 <input type="checkbox"/> 粘 潤癌 <input type="checkbox"/> 粘 <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍 <input type="checkbox"/> 非腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()

他院（自施設他部門）への紹介
<input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> あり →紹介先 紹介先・治療部門に5枚目を送付してください

該当するすべての項目に☑をつけてください

精密検査医療機関

医師名

印

大腸2 精密検査医療機関様

大腸がん精密検査の依頼について

下記の方は、浜松市で実施する大腸がん検診の結果、更に精密な検査が必要と思われるので、よろしく精査のほどお願い致します。お手数ですが精密検査の結果を下欄にご記入のうえ、精密検査医療機関控を切離して、2項目以降を当院へご返送頂きますようお願いいたします。なお、治療などのために他院へ紹介する場合は、5項目（治療医療機関用）を紹介先にご送付ください。（注）保険診療でお願いします。

氏名			検診整理番号																		
生年月日	MT SH	年 月 日 (男・女)	検診年月日	年 月 日																	
住所	〒		便潜血反応	第1検体				第2検体													
				-	+	-	+														

医療機関名

医師名

印

精検依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関 他の医療機関 ()	未精検理由
	2		<input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 医師の判断→ <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()

精密検査結果

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日
結果（内視鏡・画像診断）	
<input type="checkbox"/> 異常なし（→以下記載の必要はありません）	
<input type="checkbox"/> 異常あり（右の項目にも記載してください） →精査時の診断（すべての病変）	
<input type="checkbox"/> 進行癌（MP以深） <input type="checkbox"/> 早期がん（M/SM） <input type="checkbox"/> 深達度不明癌 <input type="checkbox"/> 腺腫（10mm以上） <input type="checkbox"/> 腺腫（10mm未満） <input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ <input type="checkbox"/> 憩室 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	
偶発症	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡

精密検査時の治療	
<input type="checkbox"/> 検査時には診断のみ	
今後の方針 <input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 他院または自施設他部門へ紹介	
<input type="checkbox"/> 検査時に治療・処置を施行	
治療・処置方法 <input type="checkbox"/> ポリペクトミー（コールドを含む） <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> ホットバイオプシー <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 ()	
最終病理診断	
<input type="checkbox"/> 粘 潤癌 <input type="checkbox"/> 粘 <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍 <input type="checkbox"/> 非腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()	
他院（自施設他部門）への紹介	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり →紹介先	
紹介先・治療部門に5枚目を送付してください	

該当するすべての項目に☑をつけてください

精密検査医療機関

医師名

印

大腸3 精密検査医療機関様

大腸がん精密検査の依頼について

下記の方は、浜松市で実施する大腸がん検診の結果、更に精密な検査が必要と思われるので、よろしく精査のほどお願い致します。お手数ですが精密検査の結果を下欄にご記入のうえ、精密検査医療機関控を切離して、2項目以降を当院へご返送頂きますようお願いいたします。なお、治療などのために他院へ紹介する場合は、5項目（治療医療機関用）を紹介先にご送付ください。（注）保険診療でお願いします。

氏名			検診整理番号																	
生年月日	MT SH	年 月 日 (男・女)	検診年月日	年	月	日														
住所	〒		便潜血反応	第1検体				第2検体												
				-	+	-	+													

医療機関名

医師名

印

精検依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関	未精検理由			
	2	他の医療機関 ()		<input type="checkbox"/> 依頼中	<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 本人拒否

精密検査結果

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日
結果（内視鏡・画像診断）	
<input type="checkbox"/> 異常なし（→以下記載の必要はありません）	
<input type="checkbox"/> 異常あり（右の項目にも記載してください） →精査時の診断（すべての病変）	
<input type="checkbox"/> 進行癌（MP以深） <input type="checkbox"/> 早期がん（M/SM） <input type="checkbox"/> 深達度不明癌 <input type="checkbox"/> 腺腫（10mm以上） <input type="checkbox"/> 腺腫（10mm未満） <input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ <input type="checkbox"/> 憩室 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	
偶発症	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡

精密検査時の治療	
<input type="checkbox"/> 検査時には診断のみ	
今後の方針	<input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 他院または自施設他部門へ紹介
<input type="checkbox"/> 検査時に治療・処置を施行	
治療・処置方法	<input type="checkbox"/> ポリペクトミー（コールドを含む） <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> ホットバイオプシー <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 ()
最終病理診断	
<input type="checkbox"/> 粘	<input type="checkbox"/> 潤癌
<input type="checkbox"/> 粘	
<input type="checkbox"/> 腺腫	
<input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍	
<input type="checkbox"/> 非腫瘍性病変	
<input type="checkbox"/> 不明	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
他院(自施設他部門)への紹介	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> あり →紹介先	
紹介先・治療部門に5枚目を送付してください	

該当するすべての項目に☑をつけてください

精密検査医療機関

医師名

印

大腸4 精密検査医療機関様

大腸がん精密検査の依頼について

下記の方は、浜松市で実施する大腸がん検診の結果、更に精密な検査が必要と思われるので、よろしく精査のほどお願い致します。お手数ですが精密検査の結果を下欄にご記入のうえ、精密検査医療機関控を切離して、2項目以降を当院へご返送頂きますようお願いいたします。なお、治療などのために他院へ紹介する場合は、5項目（治療医療機関用）を紹介先にご送付ください。（注）保険診療でお願いします。

氏 名			検診整理番号																	
生年月日	MT SH	年 月 日 (男・女)	検診年月日	年 月 日																
住 所	〒		便潜血反応	第1検体		第2検体														
				- +	- +															

医療機関名

医師名

印

精検依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関 他の医療機関 ()	未精検理由
	2		<input type="checkbox"/> 依頼中 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 医師の判断→ <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()

精密検査結果

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日

結果（内視鏡・画像診断）

異常なし（→以下記載の必要はありません）

異常あり（右の項目にも記載してください）
→精査時の診断（すべての病変）

- 進行癌（MP以深）
- 早期がん（M/SM）
- 深達度不明癌
- 腺腫（10mm以上）
- 腺腫（10mm未満）
- 粘膜下腫瘍
- 非腫瘍性ポリープ
- 憩室
- 炎症性腸疾患
- その他 ()

偶発症

なし あり

出血 穿孔 その他
→ 回復 死亡

精密検査時の治療
<input type="checkbox"/> 検査時には診断のみ 今後の方針 <input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 他院または自施設他部門へ紹介
<input type="checkbox"/> 検査時に治療・処置を施行 治療・処置方法 <input type="checkbox"/> ポリペクトミー（コールドを含む） <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> ホットバイオプシー <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 ()
最終病理診断 <input type="checkbox"/> 粘 潤癌 <input type="checkbox"/> 粘 <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍 <input type="checkbox"/> 非腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()
他院（自施設他部門）への紹介
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →紹介先 紹介先・治療部門に5枚目を送付してください

該当するすべての項目に☑をつけてください

精密検査医療機関

医師名

印

大腸5 精密検査医療機関様

大腸がん検診 治療・結果報告のご依頼について

下記の方は、浜松市大腸がん検診で発見された方です。この方の治療を行った医療機関の医師は、本状にご記入の上、浜松市医師会に送付してください。ご協力をお願い致します。

氏名					検診整理番号															
生年月日	MT SH	年	月	日 (男・女)	検診年月日	年	月	日												
住所	〒				便潜血反応	第1検体				第2検体										
						-	+	-	+											

医療機関名

医師名

印

最終治療結果

治療医療機関	名称	連絡先
--------	----	-----

治療日
年 月 日

治療方法
<input type="checkbox"/> 外科的切除 <input type="checkbox"/> 内視鏡的切除 <input type="checkbox"/> 非切除 <input type="checkbox"/> その他 ()

最終病理診断
<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> カルチノイド腫瘍 <input type="checkbox"/> 内分泌細胞癌 <input type="checkbox"/> その他

癌の進行度	
占拠部位	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V
壁深達度	<input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4
Stage	<input type="checkbox"/> pStage <input type="checkbox"/> cStage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV

その他
特記すべきことがあればお書きください

※注意

多発癌の場合、進行度の高い病変について記載してください。
 進行度が同等の多発癌の場合は、任意の病変1つについて記載してください。

この方の治療を行った医療機関の医師は、本状にご記入の上、浜松市医師会に送付してください。ご協力をお願い致します。

送付先
 〒430-0935 浜松市中区伝馬町311-2
 浜松市医師会 検診係
 TEL 053-452-0424
 FAX 053-456-1041

精密検査医療機関

医師名

印

大腸がん精密検査票

注 意

- 5枚1組の複写（ノーカーボン）になっています。なるべく強めに記入してください。
下敷を使うか、1組ずつ切り取って使用してください。

浜松市

2021.3 改訂版
2021.3 発行

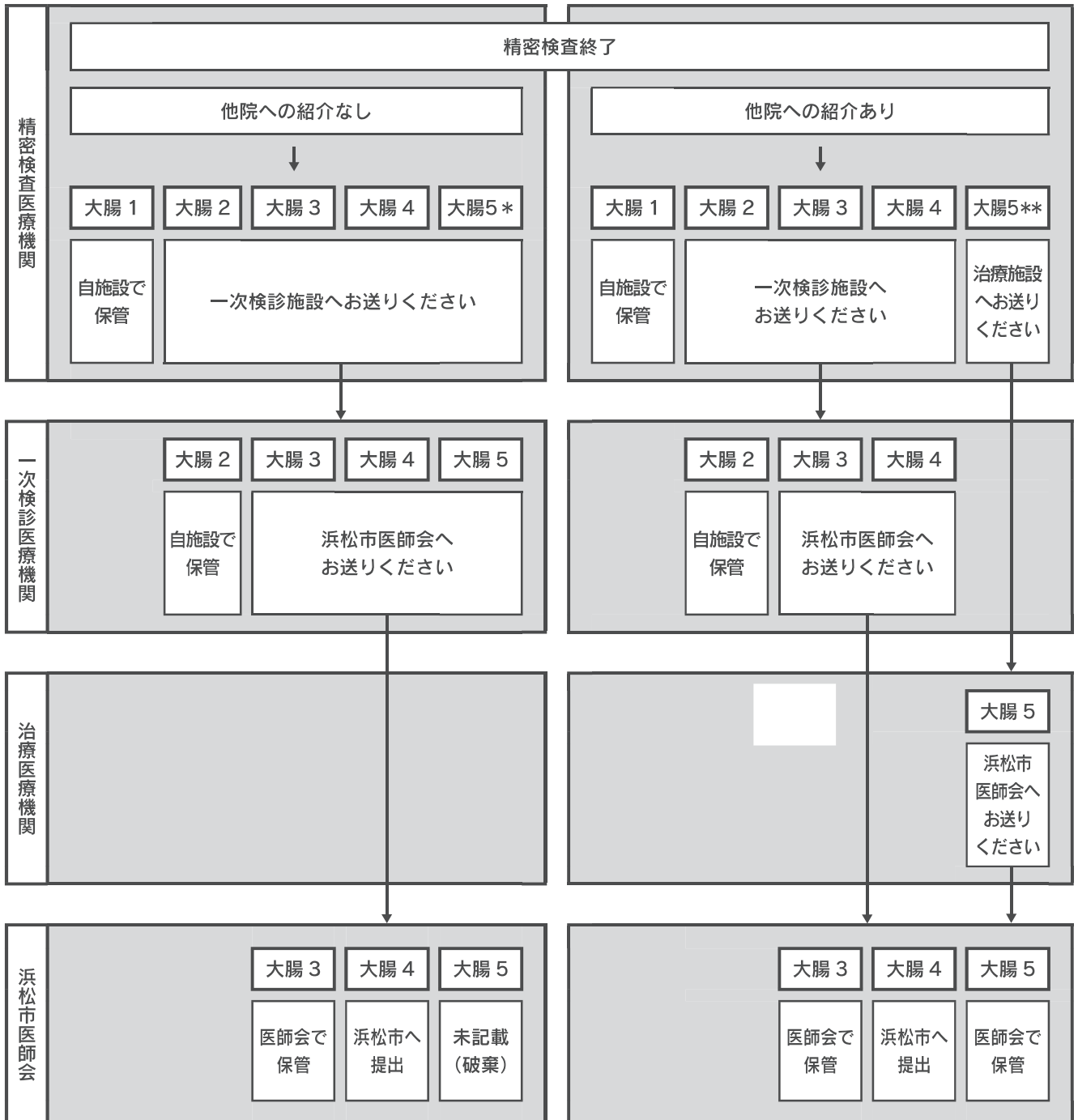
精密検査結果報告書の流れ

一次検診医療機関

便潜血検査結果・自覚症状などを総合的に判断し、「要精密検査」と判断した場合、
本用紙の上部 3 分の 1 の必要事項を記入し、精密検査医療機関に精密検査を依頼してください。



精密検査を実施した施設の医師は、本報告書に必要事項を記載し、下図に従って各用紙をお送りください。
ご協力よろしくお願いします。



*) [大腸 5] は、精密検査実施施設で、内視鏡検査施行時に行なった治療については、記載の必要はありません。
**) [大腸 5] は、紹介先（治療施設）からの報告を元に、精密検査実施施設が記載し、浜松市医師会にお送りいただいても結構です。

大腸1 精密検査医療機関様

大腸がん精密検査の依頼および精密検査報告書

下記の方は、浜松市大腸がん検診の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしく精査のほどお願いいたします。(注) 保険診療でお願いします。

精密検査結果をご記入の上、②～④は一次検診施設へ⑤は治療依頼先（他施設または自施設他部門）へそれぞれお送りください（治療の依頼が不要の場合は⑤も一次検診施設へお送りください）

氏名					検診整理番号														
生年月日	T S H	年	月	日 (男・女)	検診年月日	年	月	日											
住所	〒				便潜血反応 (定量値 ng/ml)	第1検体				第2検体									

医療機関名

医師名

㊦

依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関
	2	他の医療機関 ()

〈一次検診施設・精密検査医療機関共通記入欄〉

検査未実施の理由		理由を選択して②以降を返送してください	
<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 来院なし	<input type="checkbox"/> 本人拒否	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 精密未受診	
	<input type="checkbox"/> 未把握		受診したかどうか不明の場合 新たに本用紙に記入して返送してください

〈精密検査実施医療機関記入欄〉

精密検査結果

該当するすべての項目にをつけてください

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日
結果 (内視鏡・画像診断)	
<input type="checkbox"/> 異常なし (→以下記載の必要はありません)	
<input type="checkbox"/> 異常あり (右の項目にも記載してください) →精査時の診断 (すべての病変)	
<input type="checkbox"/> 癌 (<input type="checkbox"/> 早期癌 <input type="checkbox"/> 進行癌 <input type="checkbox"/> 不明)	
<input type="checkbox"/> 腺腫 (<input type="checkbox"/> 10mm 以上 <input type="checkbox"/> 10mm 未満)	
<input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍	
<input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ	
<input type="checkbox"/> 憩室	
<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
偶発症	
<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡	

精密検査時の治療	
<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> polypectomy(cold snare polypectomy を含む)	
<input type="checkbox"/> EMR	
<input type="checkbox"/> hot biopsy・cold forceps polypectomy	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
病理診断	
<input type="checkbox"/> 粘膜下層浸潤癌	<input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍
<input type="checkbox"/> 粘膜内癌	腫瘍性病変
<input type="checkbox"/> 腺腫	明
<input type="checkbox"/> その他 ()	
今後の方針	
<input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続	
<input type="checkbox"/> 自施設他部門へ依頼	紹介先・治療部門に 5枚目を送付してください
<input type="checkbox"/> 他施設へ紹介	
紹介・依頼先	
[]	

精密検査医療機関

医師名

㊦

大腸2

大腸がん精密検査 結果報告

下記の方の精密検査の結果をご報告します。
 よろしくお願ひします。

②～④（または②～⑤）を受け取った一次検診施設は、
 ③～④（または③～⑤）を浜松市医師会にお送りください

氏名					検診整理番号														
生年月日	T S H	年	月	日 (男・女)	検診年月日	年	月	日											
住所	〒				便潜血反応 (定量値 ng/ml)	第1検体				第2検体									

医療機関名

医師名

㊞

依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関
	2	他の医療機関 ()

〈一次検診施設・精密検査医療機関共通記入欄〉

検査未実施の理由		理由を選択して②以降を返送してください	
<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> 精密未受診	<input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 医師の判断	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 未把握	受診したかどうか不明の場合 新たに本用紙に記入して返送してください		

〈精密検査実施医療機関記入欄〉

精密検査結果

該当するすべての項目にをつけてください

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日
結果 (内視鏡・画像診断)	
<input type="checkbox"/> 異常なし (→以下記載の必要はありません) <input type="checkbox"/> 異常あり (右の項目にも記載してください) →精査時の診断 (すべての病変) <input type="checkbox"/> 癌 (<input type="checkbox"/> 早期癌 <input type="checkbox"/> 進行癌 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 腺腫 (<input type="checkbox"/> 10mm 以上 <input type="checkbox"/> 10mm 未満) <input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ <input type="checkbox"/> 憩室 <input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()	
偶発症	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡

精密検査時の治療
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> polypectomy(cold snare polypectomy を含む) <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> hot biopsy・cold forceps polypectomy <input type="checkbox"/> その他 ()
病理診断
<input type="checkbox"/> 粘膜下層浸潤癌 <input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍 <input type="checkbox"/> 粘膜内癌 <input type="checkbox"/> 腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 腺腫 明 <input type="checkbox"/> その他 ()
今後の方針
<input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 自施設他部門へ依頼 <input type="checkbox"/> 他施設へ紹介
紹介先・治療部門に 5枚目を送付してください
紹介・依頼先 ()

精密検査医療機関

医師名

㊞

大腸3

大腸がん精密検査 結果報告

下記の方の精密検査の結果をご報告します。
 よろしくお願ひします。

②～④（または②～⑤）を受け取った一次検診施設は、
 ③～④（または③～⑤）を浜松市医師会にお送りください

氏名					検診整理番号														
生年月日	T S H	年	月	日 (男・女)	検診年月日	年	月	日											
住所	〒				便潜血反応 (定量値 ng/ml)	第1検体				第2検体									

医療機関名

医師名

㊦

依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関
	2	他の医療機関 ()

〈一次検診施設・精密検査医療機関共通記入欄〉

検査未実施の理由		理由を選択して②以降を返送してください	
<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> 精密未受診	<input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 医師の判断	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 未把握	受診したかどうか不明の場合 新たに本用紙に記入して返送してください		

〈精密検査実施医療機関記入欄〉

精密検査結果

該当するすべての項目にをつけてください

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日
結果 (内視鏡・画像診断)	
<input type="checkbox"/> 異常なし (→以下記載の必要はありません)	
<input type="checkbox"/> 異常あり (右の項目にも記載してください) →精査時の診断 (すべての病変)	
<input type="checkbox"/> 癌 (<input type="checkbox"/> 早期癌 <input type="checkbox"/> 進行癌 <input type="checkbox"/> 不明)	
<input type="checkbox"/> 腺腫 (<input type="checkbox"/> 10mm 以上 <input type="checkbox"/> 10mm 未満)	
<input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍	
<input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ	
<input type="checkbox"/> 憩室	
<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
偶発症	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡

精密検査時の治療
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> polypectomy(cold snare polypectomy を含む) <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> hot biopsy・cold forceps polypectomy <input type="checkbox"/> その他 ()
病理診断
<input type="checkbox"/> 粘膜下層浸潤癌 <input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍 <input type="checkbox"/> 粘膜内癌 <input type="checkbox"/> 腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> その他 ()
今後の方針
<input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 自施設他部門へ依頼 <input type="checkbox"/> 他施設へ紹介
紹介先・治療部門に 5枚目を送付してください
紹介・依頼先 _____

精密検査医療機関

医師名

㊦

大腸がん精密検査 結果報告

下記の方の精密検査の結果をご報告します。
よろしくお願ひします。

氏 名					検診整理番号														
生年月日	T S H	年	月	日 (男・女)	検診年月日	年	月	日											
住 所	〒				便潜血反応 (定量値 ng/ml)	第1検体				第2検体									

医療機関名

医師名

㊞

依頼先	1	大腸がん検診と同じ医療機関
	2	他の医療機関 ()

〈一次検診施設・精密検査医療機関共通記入欄〉

検査未実施の理由		理由を選択して②以降を返送してください	
<input type="checkbox"/> 未受診	<input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> 精密未受診	<input type="checkbox"/> 本人拒否 <input type="checkbox"/> 医師の判断	<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 未把握	受診したかどうか不明の場合 新たに本用紙に記入して返送してください		

〈精密検査実施医療機関記入欄〉

精密検査結果

該当するすべての項目にをつけてください

検査方法	実施日
<input type="checkbox"/> 全大腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> S状結腸内視鏡検査	年 月 日
<input type="checkbox"/> CT colonography	年 月 日
<input type="checkbox"/> 注腸 X線検査	年 月 日
<input type="checkbox"/>	年 月 日
結果 (内視鏡・画像診断)	
<input type="checkbox"/> 異常なし (→以下記載の必要はありません)	
<input type="checkbox"/> 異常あり (右の項目にも記載してください) →精査時の診断 (すべての病変)	
<input type="checkbox"/> 癌 (<input type="checkbox"/> 早期癌 <input type="checkbox"/> 進行癌 <input type="checkbox"/> 不明)	
<input type="checkbox"/> 腺腫 (<input type="checkbox"/> 10mm 以上 <input type="checkbox"/> 10mm 未満)	
<input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍	
<input type="checkbox"/> 非腫瘍性ポリープ	
<input type="checkbox"/> 憩室	
<input type="checkbox"/> 炎症性腸疾患	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
偶発症	
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 回復 <input type="checkbox"/> 死亡

精密検査時の治療
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> polypectomy(cold snare polypectomy を含む) <input type="checkbox"/> EMR <input type="checkbox"/> hot biopsy・cold forceps polypectomy <input type="checkbox"/> その他 ()
病理診断
<input type="checkbox"/> 粘膜下層浸潤癌 <input type="checkbox"/> 非上皮性腫瘍 <input type="checkbox"/> 粘膜内癌 <input type="checkbox"/> 腫瘍性病変 <input type="checkbox"/> 腺腫 <input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> その他 ()
今後の方針
<input type="checkbox"/> 特になし・経過観察・検診継続 <input type="checkbox"/> 自施設他部門へ依頼 <input type="checkbox"/> 他施設へ紹介
紹介先・治療部門に 5枚目を送付してください
紹介・依頼先 ()

精密検査医療機関

医師名

㊞

大腸5 治療医療機関様

大腸がん検診 治療・結果報告のご依頼について

下記の方は、浜松市大腸がん検診で発見された方です。
この方の治療・結果のご報告をよろしくお願い致します。

本状にご記入の上、浜松市医師会にお送りください。
ご協力よろしくお願いたします。

氏名						検診整理番号													
生年月日	T S H	年	月	日 (男・女)	検診年月日	年	月	日											
住所	〒					便潜血反応 (定量値 ng/ml)	第1検体					第2検体							

医療機関名

医師名

最終治療結果

治療医療機関	名称	連絡先
--------	----	-----

治療日	
年	月 日
治療方法	
<input type="checkbox"/> 外科的切除 <input type="checkbox"/> 内視鏡的切除 <input type="checkbox"/> 非切除 <input type="checkbox"/> その他 ()	
最終病理診断	
<input type="checkbox"/> 腺癌 <input type="checkbox"/> カルチノイド腫瘍 <input type="checkbox"/> 内分泌細胞癌 <input type="checkbox"/> その他	
癌の進行度	
占拠部位	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V
壁深達度	<input type="checkbox"/> TX <input type="checkbox"/> Tis <input type="checkbox"/> T1a <input type="checkbox"/> T1b <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4
Stage	<input type="checkbox"/> pStage <input type="checkbox"/> cStage <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
その他	
特記すべきことがあればお書きください	

※注意

多発癌の場合、進行度の高い病変について記載してください。
進行度が同等の多発癌の場合は、任意の病変1つについて記載してください。

この方の治療を行った医療機関の医師は、本状にご記入の上、浜松市医師会に送付してください。ご協力をお願い致します。

送付先

〒430-0935 浜松市中区伝馬町311-2
 浜松市医師会 検診係
 TEL 053-452-0424
 FAX 053-456-1041

精密検査医療機関

医師名

大腸がん精密検査票

注 意

- 5枚1組の複写（ノーカーボン）になっています。なるべく強めに記入してください。
下敷を使うか、1組ずつ切り取って使用してください。

浜松市

2023.3 改訂版
2023.3 発行

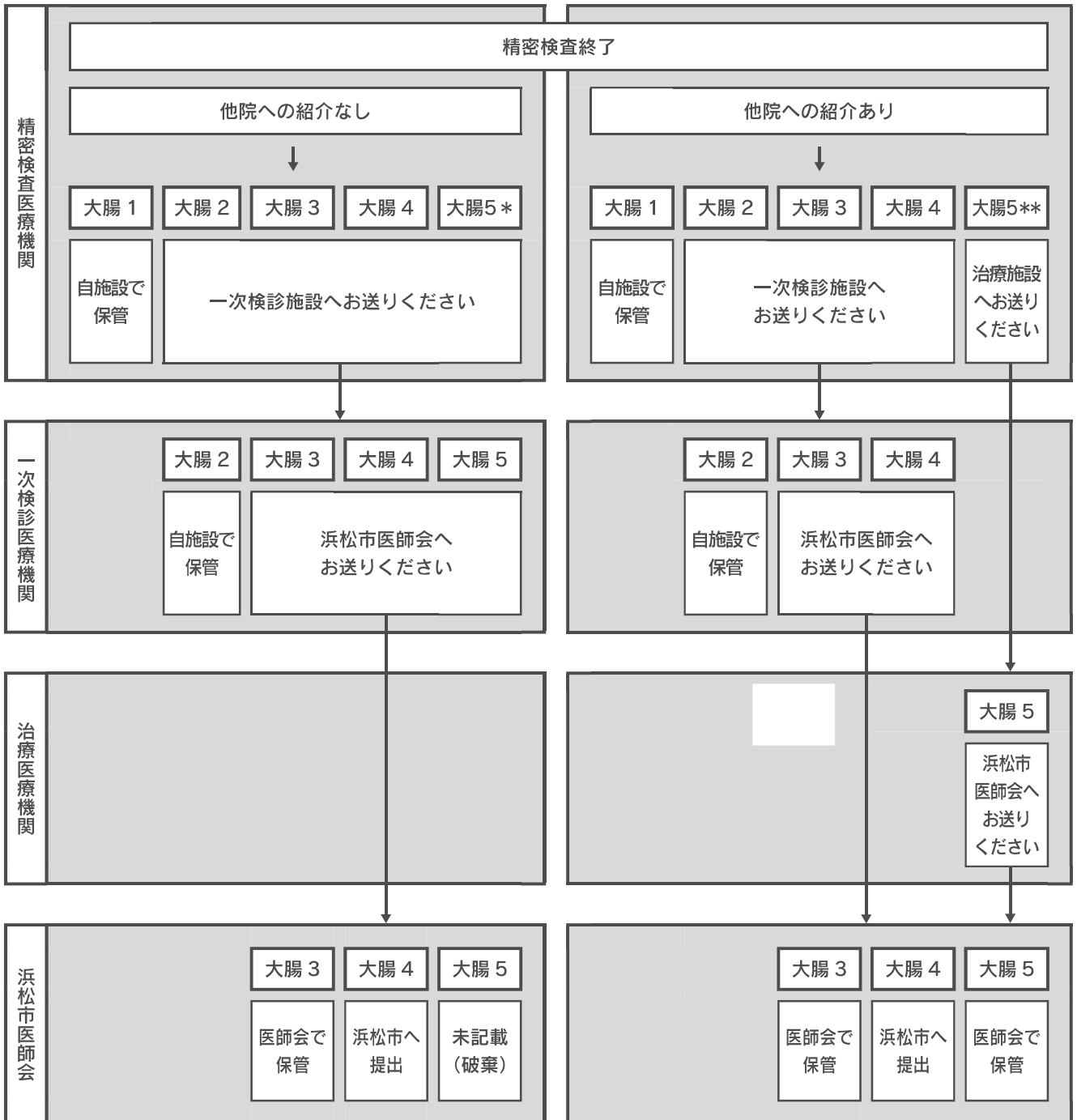
精密検査結果報告書の流れ

一次検診医療機関

便潜血検査結果・自覚症状などを総合的に判断し、「要精密検査」と判断した場合、
本用紙の上部 3 分の 1 の必要事項を記入し、精密検査医療機関に精密検査を依頼してください。



精密検査を実施した施設の医師は、本報告書に必要事項を記載し、下図に従って各用紙をお送りください。
ご協力よろしくお願いします。



*) [大腸 5] は、精密検査実施施設で、内視鏡検査施行時に行なった治療については、記載の必要はありません。
**) [大腸 5] は、紹介先（治療施設）からの報告を元に、精密検査実施施設が記載し、浜松市医師会にお送りいただいても結構です。

浜松市医師会「大腸がん検診」実施要領

2022年1月15日 策定

2022年4月1日から実施

1. 目的

大腸がんによる死亡率を減少させ、市民の健康保持に寄与する。

2. 対象者

浜松市内に居住地を有する40歳以上の者のうち、職場などで受診の機会のない者

3. 実施期間および回数

4月1日から翌年3月15日まで、年1回とする。

4. 大腸がん検診委員会の設置

下記の通り「大腸がん検診委員会」を浜松市医師会内に設置する。

(1) 目的

一次検診の精度管理および精密検査医療機関との連携を図ることで、円滑で質の高い大腸がん検診を実現する。

本要領の策定、大腸がん一次検診実施機関に対する講習会や広報活動を通して、適切な体制・実施をめざし、技術・体制管理を行う。また、厚生労働省「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書（平成20年3月）に示されているプロセス指標の許容値（要精検率7%以下、精検受診率70%以上、大腸がん発見率0.13%以上、陽性反応的中度1.9%以上）に従いプロセス指標の管理を行い、達成度に応じ、より効率的に大腸がん死亡率減少の目的を達成するための目標を設定する。

(2) 構成

専門医師若干名で構成する。

(3) 実施事項

がん検診の精度評価および精度向上対策の検討

大腸がん検診従事者講習会の開催

便潜血カットオフ値の調整

大腸がん検診受診率・精密検査受診率の向上にむけた活動 等

精密検査実施医療機関との連携

精密検査従事者講習会の開催

精密検査医療機関リストの作成・公表 等

5. 検診項目及び方法

問診および2日法による便潜血検査とする。

(1) 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、過去の受診状況等を聴取する。

(2) 便潜血検査

免疫便潜血検査2日法で行う。検査結果は定量法を用いる。

ア 採便方法

採便用具（ろ紙、スティック等）を提供し、自己採便とする。採便はできるだけ検査の実施日に近いことが好ましく、当日か前日、あるいは前々日のものを用いる。なお採便にあたっては、受診者に対し、使用キットの説明に即して適切に取り扱うように指導する。

イ 検体の保存と回収

初回の検体は、受診者の自宅において冷所保存（冷蔵庫での保存が望ましい）し、2回目の検体を採取した後即日回収することを原則とする。やむを得ず即日回収できない場合も回収までの時間を極力短縮し、回収までの日数が採便から3日を越えないようにする。また、検体の回収、保管、輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払うこととする。

ウ 検体の測定

検体回収後測定までの時間は即日を原則とし、最大でも2日を越えてはならない。速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存することとする。

(3) 検診結果の記載項目と区分

ア 便潜血検査の結果

1回目と2回目に分け、それぞれの測定値（定量値）を記載する。（注1参照）

イ 総合判定

問診の結果も参考にし、便潜血測定値が1回でも大腸がん検診委員会が定める基準値以上を示す場合、総合判定を「要精密」とし、を「異常認めず」に区分する。（注2・3参照）

注1) 適切な要精検率や陽性反応的中度を目指すためには、免疫便潜血検査の定量値の評価が必要不可欠である。2021年度まで、検診票は「+、-」を記載する様式となっていたが、2019年に実施した調査の結果、検査会社や検診実施施設により測定法・測定キット・カットオフ値が異なること（定性法と定量法の2方法が混在、定量法においても3種類のキットが存在、かつカットオフ値も50～160ng/mLと様々）が判明した。浜松市大腸がん検診の精度管理において、受診した施設により判定が異なることは極めて大きな問題であり、理想的には測定方法、キット、カットオフ値の統一が望まれるところである。しかしながら、各医療機関により委託検査会社が異なること、検診施設や

検査会社により検査キットが異なること、さらに検査会社毎に設定された基準値を変更することは困難であることから、免疫便潜血検査の運用の統一は現実的ではないと考える。以上から、2022年度以降、測定方法を定量法に統一したうえで検診票には測定値のみを記載し、大腸がん検診委員会が設定する基準値以上を呈する場合に「要精密」と総合判定する方式とした。

なお、浜松市内の検診施設・検査会社が採用している検査キット（定量法）は、ラテックス凝集比濁法と金コロイド比色法の2方法であることが判明している。両者は換算係数（緩衝液量/採便量）が同じで、便中ヒトヘモグロビン濃度と測定値がほぼ一致していることから、同一の基準値を用いることとする。

注2) 便潜血検査で2回のうち1回でも陽性（大腸がん検診委員会が指定する基準値以上）を示した場合、さらに再検査を行って陰性を示したことを理由に精密検査の対象外とすることは、便潜血検査による大腸がん検診の特性からして、行ってはならない。

注3) 免疫便潜血検査で陽性となった受診者が、前年に精密検査大腸内視鏡検査で異常がないことが確認されているような場合でも、精密検査実施の必要性の判断は精密検査実施医療機関に委ねることとし、「要精検」と判定することが望ましい。

6. 検診結果の通知および報告

一次検診実施機関は総合判定結果を受診者に説明し、精密検査を必要とする受診者には大腸内視鏡検査が可能な医療機関において精密検査を受診すべきであることを速やかに通知するとともに、「大腸がん精密検査票（大腸がん検診精密検査の依頼について）」（5枚複写；大腸1～5）に所見等を記載し、紹介状とともに精密検査実施医療機関に依頼する。

一次検診実施機関は、積極的に精密検査の受診の確認や精密検査結果の把握に努める。その際は精密検査実施医療機関に上記依頼表に精密検査結果を記載してもらい、一枚目（精密検査医療機関控）を除いたものを返送するように依頼をする。

精密検査実施医療機関は、送付された精密検査票に精密検査結果を記載し、所定の方法に従い、適宜、治療施設への依頼、一次検診実施機関への報告などを行うものとする。

大腸がん検診における免疫便潜血検査は、少なくとも5年の逐年検診を行うことで大腸がん死亡率減少を期待できるという特性をもつことから、大腸がん検診実施機関は、問診記録・便潜血検査結果を少なくとも5年間は保存する。

7. 検診実施機関

(1) 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で大腸がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、便潜血検査等の精度管理に努めることとする。

(2) 検診実施機関は、大腸がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。

(3) 検診実施機関は、精密検査実施医療機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努め

なければならない。

- (4) 検診実施機関は、大腸がん検診委員会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等を改善に努めることとする。

8. 精密検査及び結果の取扱い

- (1) 精密検査は、全大腸内視鏡検査により実施するか、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用により実施するものとし、第一選択は全大腸内視鏡検査とする。なお、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用により実施する場合は、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施することとする。なお、注腸エックス線検査（二重造影法）を実施する担い手が減少しているため、全大腸内視鏡検査と腫瘍性病変の検出率がほぼ同等と評価されている大腸CT検査(CTC)をS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査(二重造影法)の併用の代わりに行うことができる。
- (2) 精密検査実施医療機関は、精密検査の所見等を精密検査票に記載し、速やかに一次検査実施機関、浜松市医師会と浜松市へ送付するものとし（大腸2～4）、精密検査の結果「大腸がん」と判定された者に対しては、当該機関で治療を行うか、治療可能な医療機関を紹介するものとする。大腸がん検診で発見された大腸がん等の治療を行った医療機関は、最終治療結果（大腸5）を速やかに浜松市医師会へ提出する。また大腸がん検診委員会の求めに応じて手術所見・病理標本等必要なものを提出しなければならない。
- (3) 浜松市、一次検診実施機関と精密検査実施医療機関は、大腸がん検診において「要精密」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知することとする。なお、その際には、精密検査を受診しないことにより、大腸がんによる死亡の危険性が高まるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行うものとする。

わが国の大腸がんの死亡率、罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しいことから、50歳以上の者については、積極的検診指導する等の重点的な対応を行うこととする。

9. 検診の事業評価

大腸がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であることから、浜松市は、チェックリスト（市町村用）を参考とするなどして、検診の実施状況を把握した上で、浜松市医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い実施体制の整備に努めるものとする。また、大腸がん検診委員会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定や実施方法等の改善を行うこととする。

浜松市医師会「大腸がん検診」実施要領

2022年4月1日 策定

2023年4月1日 改訂

1. 目的

大腸がんによる死亡率を減少させ、市民の健康保持に寄与する。

2. 対象者

浜松市内に居住地を有する40歳以上の者のうち、職場などで受診の機会のない者

3. 実施期間および回数

4月1日から翌年3月15日まで、年1回とする。

4. 大腸がん検診委員会の設置

下記の通り「大腸がん検診委員会」を浜松市医師会内に設置する。

(1) 目的

一次検診の精度管理および精密検査医療機関との連携を図ることで、円滑で質の高い大腸がん検診を実現する。

本要領の策定、大腸がん一次検診実施機関に対する講習会や広報活動を通して、適切な体制・実施をめざし、技術・体制管理を行う。また、厚生労働省「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」報告書（平成20年3月）に示されているプロセス指標の許容値（要精検率7%以下、精検受診率70%以上、大腸がん発見率0.13%以上、陽性反応的中度1.9%以上）に従いプロセス指標の管理を行い、達成度に応じ、より効率的に大腸がん死亡率減少の目的を達成するための目標を設定する。

(2) 構成

専門医師若干名で構成する。

(3) 実施事項

がん検診の精度評価および精度向上対策の検討

大腸がん検診従事者講習会の開催

便潜血カットオフ値の調整

大腸がん検診受診率・精密検査受診率の向上にむけた活動 等

精密検査実施医療機関との連携

精密検査従事者講習会の開催

精密検査医療機関リストの作成・公表 等

5. 検診項目及び方法

問診および2日法による便潜血検査とする。

(1) 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、過去の受診状況等を聴取する。

(2) 便潜血検査

免疫便潜血検査2日法で行う。検査結果は定量法を用いる。

ア 採便方法

採便用具（ろ紙、スティック等）を提供し、自己採便とする。採便はできるだけ検査の実施日に近いことが好ましく、当日か前日、あるいは前々日のものを用いる。なお採便にあたっては、受診者に対し、使用キットの説明に即して適切に取り扱うように指導する。

イ 検体の保存と回収

初回の検体は、受診者の自宅において冷所保存（冷蔵庫での保存が望ましい）し、2回目の検体を採取した後即日回収することを原則とする。やむを得ず即日回収できない場合も回収までの時間を極力短縮し、回収までの日数が採便から3日を越えないようにする。また、検体の回収、保管、輸送の各過程で温度管理に厳重な注意を払うこととする。

ウ 検体の測定

検体回収後測定までの時間は即日を原則とし、最大でも2日を越えてはならない。速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存することとする。

(3) 検診結果の記載項目と区分

ア 便潜血検査の結果

1回目と2回目に分け、それぞれの測定値（定量値）を記載する。（注1参照）

イ 総合判定

問診の結果も参考にし、便潜血測定値が1回でも大腸がん検診委員会が定める基準値以上を示す場合、総合判定を「要精密」とし、を「異常認めず」に区分する。（注2・3参照）

注1) 適切な要精検率や陽性反応的中度を目指すためには、免疫便潜血検査の定量値の評価が必要不可欠である。2021年度まで、検診票は「+、-」を記載する様式となっていたが、2019年に実施した調査の結果、検査会社や検診実施施設により測定法・測定キット・カットオフ値が異なっていたことが分かった。そこで、2022年度以降、測定方法を定量法に統一し、検診票には測定値のみを記載し、大腸がん検診委員会が設定する基準値以上を呈する場合に「要精密」と総合判定する方式とした。なお、浜松市内の検診施設・検査会社が採用している検査キット（定量法）は、ラテックス凝集比濁法と金コロイド比色法の2方法であり、両者は換算係数（緩衝液量/採便量）が同じで、

便中ヒトヘモグロビン濃度と測定値がほぼ一致していることから、同一の基準値を用いることとした。

注2) 便潜血検査で2回のうち1回でも陽性(大腸がん検診委員会が指定する基準値以上)を示した場合、さらに再検査を行って陰性を示したことを理由に精密検査の対象外とすることは、便潜血検査による大腸がん検診の特性からして、行ってはならない。

注3) 免疫便潜血検査で陽性となった受診者が、前年に精密検査大腸内視鏡検査で異常がないことが確認されているような場合でも、精密検査実施の必要性の判断は精密検査実施医療機関に委ねることとし、「要精検」と判定することが望ましい。

6. 検診結果の通知・把握・報告

(1) 要精密対象者への精密検査受診勧奨と精密検査の依頼

一次検診実施機関は総合判定結果を受診者に説明し、精密検査を必要とする受診者には大腸内視鏡検査が可能な医療機関において精密検査を受診すべきであることを速やかに伝え、「大腸がん精密検査の依頼および精密検査報告書」(以下「精密検査依頼報告票」；5枚複写；大腸1～5)に所見等を記載し、紹介状とともに精密検査実施医療機関に依頼する。

(2) 一次検診実施機関による精密検査結果の把握と報告

一次検診実施機関は、積極的に精密検査の受診の確認や精密検査結果の把握に努める。

精密検査実施医療機関から、精密検査医療機関控を除いた精密検査依頼報告票(大腸2～4)の返送を得られない場合は、精密検査実施医療機関に問い合わせ、受診の有無の確認、返信の依頼を行う。一定期間後に未受診や未把握が判明した場合には、新たな精密検査依頼報告票を起こして、必要事項の記載を記載するとともに「検査未実施の理由」欄の該当項目をチェックし、精密検査依頼報告票(大腸3・4)を浜松市医師会に送付する。

(3) 精密検査実施医療機関による精密検査結果報告

精密検査実施医療機関は、精密検査の所見等を精密検査票に記載し、速やかに一次検査実施機関、浜松市医師会と浜松市へ送付するものとし(大腸2～4)、精密検査の結果「大腸がん」と判定された者に対しては、当該機関で治療を行うか、治療医療機関を紹介するものとする。その際、「治療・結果報告の依頼について」(大腸3)を治療施設(部門)に送付する。大腸がん検診で発見された大腸がん等の治療を行った医療機関は、最終治療結果(大腸5)を速やかに浜松市医師会へ提出する。また手術所見・病理標本等の提出を求められることがある。

(4) 検診結果の保存

大腸がん検診における免疫便潜血検査は、少なくとも5年の逐年検診を行うことで大腸がん死亡率減少を期待できるという特性をもつことから、大腸がん検診実施機関は、問診記録・便潜血検査結果を少なくとも5年間は保存する。

7. 検診実施機関

- (1) 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で大腸がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、便潜血検査等の精度管理に努めることとする。
- (2) 検診実施機関は、浜松市医師会が主催する大腸がん検診従事者講習会に必ず出席するなどして、常に大腸がんに関する最新の正確な知識及び技能の習得に努めなければならない。
- (3) 検診実施機関は、精密検査実施医療機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。
- (4) 検診実施機関は、大腸がん検診委員会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に従い、実施方法等の改善に努めることとする。

8. 精密検査方法

精密検査は、全大腸内視鏡検査により実施するか、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用により実施するものとし、第一選択は全大腸内視鏡検査とする。なお、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用により実施する場合は、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施することとする。なお、注腸エックス線検査（二重造影法）を実施する担い手が減少しているため、全大腸内視鏡検査と腫瘍性病変の検出率がほぼ同等と評価されている大腸CT検査（CTC）をS状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査（二重造影法）の併用の代わりに行うことができる。

9. 精密検査受診勧奨

浜松市、一次検診実施機関と精密検査実施医療機関は、大腸がん検診において「要精密」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知することとする。なお、その際には、精密検査を受診しないことにより、大腸がんによる死亡の危険性が高まるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行うもの

わが国の大腸がんの死亡率、罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しいことから、50歳以上の者については、積極的に受診指導する等の重点的な対応を行うこととする。

10. 検診の事業評価

大腸がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下に実施することが不可欠であることから、浜松市は、チェックリスト（市町村用）を参考とするなどして、検診の実施状況を把握した上で、浜松市医師会、検診実施機関等関係者と十分協議を行い実施体制の整備に努めるものとする。また、大腸がん検診委員会における検

討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定や実施方法等の改善を行うこととする。