

肝臓がん検診結果通知書

氏 名		住民登録番号	- 1(2)*****
-----	--	--------	-------------

区分	検 査 項 目 (検診日)		結 果		判定 ※ 判定区分に基づいて判定基準をそのまま記入
肝 臓 が ん	肝超音波検査、 血清AFP検査 (年 月 日)				
	勸 告 事 項				
	判定日	年 月 日	判定医師	免許番号	
			医師氏名	(署名)	

肝臓がん検診結果通知書	
※ (健康保険加入者) 健康診断の結果通知書に上級の総合病院での療養給与が必要との医師の所見が記載された場合、療養給与依頼書(診療依頼書)に代えることができ、本通知書を活用して上級の総合病院で診療を受けることができます。	
※ (医療給与受給権者) 健康診断の結果、異常所見があり、診療担当医師が検診結果書に追加診療が必要だという医師所見を記載した場合は、同検診結果書をもって医療給与依頼書の代用とし、検診を行った医療給与機関にて診療を受けられます。それ以外で医療給与が必要な場合は「医療給与法施行規則」第3条の医療給与手続に従って診療を受けなければならず、選択医療給与機関適用対象者は本人が選択した医療給与機関にてまず診療を受けなければなりません。	
※ 肝臓がんの検診は、満40歳以上の高危険群(肝硬変症、B型肝炎抗原陽性、C型肝炎抗体陽性、B型またはC型肝炎ウィルスによる慢性肝疾患患者)に限って、6ヶ月ごとに定期検査(肝超音波検査と血清AFP検査)を受けるように勧告しています。	
※ 肝臓がん検診検診だけでは全てのがんを判別することができないので、おかしい症状(体重低下、黄疸、急激な疲れなど)がある時はすぐ医師と相談する必要がある、検診で異常所見無し以外の判定を受けた場合は勧告事項に従い措置をお取りください。	
※ 肝臓がん算定特例者に登録された受検者は、算定特例期間中は肝臓がん検診を猶予することができます。	
※ 肝臓がんと診断された人の中で関連する要件(健康保険料、国家がん検診受検の有無など)を満たす人は、「がん患者医療費支援事業」の対象となることができます。(詳細については、管轄の保健所にお問い合わせください。)	
あなたの肝臓がん検診結果を以上のように通知します。	
年 月 日	
療養機関記号	検診機関名

※ がん検診結果通知書は別添のがん検診結果記録紙に基づいて検査項目に応じてアレンジして作成