令和　年度　佐々町胃がん内視鏡検診受診者名簿

年度末年齢を記入してください

佐々町国保の場合〇印を

生活保護の場合〇印を

医療機関名

月分

月	日	生年月日 氏　名	年齢	国保	生保	性別	住　所 電話番号	一次検診 ①＋②総合判定	精密検査紹介先医療機関
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	
		T・S　．　． 	歳			男 女	佐々町　免　番地 アパート名・部屋番号等(　) 電話番号(　)	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患	

※生検をした場合は精密検査扱いとなります。

※1か月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください。

令和　年度 佐々町子宮頸がん検診受診者名簿（頸部のみ）

年度末年齢を記入してください

佐々町国保の場合〇印を

生活保護の場合〇印を

無料クーポン使用の場合〇印を

医療機関名【　　】　（　　月分）

月	日	生年月日 氏　名	20歳以上	国保	生保	クーポン	住　所 電話番号	一次検診 総合判定	精密検査紹介先医療機関
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	
		ＴＳＨ　．　．	歳				佐々町　免　番地 （ｱﾊﾟｰﾄ名等） 電話番号（　　）	1 精検不要 2 要精検（経過観察含） 3 がん以外の疾患	

※1か月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

令和　年度 佐々町乳がん検診受診者名簿

年度末年齢を記入してください

佐々町国保の場合〇印を

生活保護の場合〇印を

無料クーポン使用の場合〇印を

医療機関名【　　】　（　　月分）

月	日	生年月日 氏　名	40～49歳	50歳以上	国保	生保	クーポン	住　所 電話番号	一次検診 総合判定	精密検査紹介先医療機関
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	
		ＴＳ　．　．	歳	歳				佐々町　免　番地 (ｱﾊﾟｰﾄ名等) 電話番号(　　)	1 異常なし 2 良性･精検不要 3 要精検	

※1か月分をまとめ、翌月の20日までに請求書･カルテと一緒に提出してください