

調査票(案)

調査票の構成

	①実施状況 調査票	②チェック リスト※1	③結果入力 シート※2
胃	○	×	○
肺	○	×	○
大腸	○	×	○
子宮頸	○	×	○
乳	○	×	○
その他	○	/	/

※1 チェックリスト調査は今年度から国のチェックリスト調査結果を再集計するため、調査票は廃止

※2 結果入力シートは、地域により対象人口率が異なるため、区部・多摩部・島しょ別となっている。

平成29年度 東京都 がん検診精度管理評価事業 調査票

平成**27**年度及び**28**年度のがん検診の実施状況についての調査です。

区市町村名

総括者名			
担当部署			
TEL		FAX	
E-mail			

以下の調査票がありますので、提出時にご確認下さい。

【胃がん検診】	実施状況調査票・結果入力シート
【肺がん検診】	実施状況調査票・結果入力シート
【大腸がん検診】	実施状況調査票・結果入力シート
【子宮頸がん検診】	実施状況調査票・結果入力シート
【乳がん検診】	実施状況調査票・結果入力シート
【その他のがん検診】	実施状況調査票・結果入力シート・ 検診委託仕様書又はそれに類する文書の写し

胃がん検診実施状況調査票（平成28年度検診実施分）

自治体名		記入 担当者
所属		

【がん検診実施状況】

※がん検診として実施しているか否かに関わらず、公費による検査は回答の対象になります。

① 検診方法	胃部エックス線検査	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓ 「実施している場合」は、②、③に記入をお願いします。			
② 対象年齢（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 40歳以上	<input type="checkbox"/> 50歳以上	<input type="checkbox"/> 年齢以外の条件も付している場合は右欄を選択 <input type="checkbox"/> 左記以外の年齢
③ 受診間隔（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 2年に1回		<input type="checkbox"/> 1年に1回
* 「左記以外の年齢」の場合は、④に記入をお願いします。			
④胃部エックス線検査の指針外対象年齢（例：「35歳以上」、「40歳以上の有症状者」等）			

⑤ 検診方法	胃内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
* 「実施している場合」は、下記⑥、⑦に記入をお願いします。			
⑥ 対象年齢（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 50歳以上	<input type="checkbox"/> 年齢以外の条件も付している場合は右欄を選択	<input type="checkbox"/> 左記以外の年齢
⑦ 受診間隔（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 2年に1回		<input type="checkbox"/> 1年に1回
* 「左記以外の年齢」の場合は、⑧に記入をお願いします。			
⑧胃内視鏡検査の指針外対象年齢（例：「40歳以上」、「50歳以上の有症状者」等）			

胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査以外の検査方法を実施している場合には、下記⑨以降も記入。

複数の検査方法（対象年齢により検査方法が異なる場合も含む）の検診を実施している場合には、複数の欄に記入。

⑨ 検査方法 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> ペプシノゲン検査及びヘリコバクターピロリ抗体検査	<input type="checkbox"/> ペプシノゲン検査のみ	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体検査のみ
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法	* 「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。	
⑩ 対象年齢（例：「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑪ 受診間隔（対象年齢毎に違う場合は、それぞれ記入）			
⑫ この検査は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査の受診対象者を選別する目的で実施していますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

⑬ 検査方法 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> ペプシノゲン検査及びヘリコバクターピロリ抗体検査	<input type="checkbox"/> ペプシノゲン検査のみ	<input type="checkbox"/> ヘリコバクターピロリ抗体検査のみ
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法	* 「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。	
⑭ 対象年齢（例：「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑮ 受診間隔（対象年齢毎に違う場合は、それぞれ記入）			
⑯ この検査は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査の受診対象者を選別する目的で実施していますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 区市町村が実施するがん検診について、東京都では、国の指針に基づく検診の実施を推奨しています。

○指針で定める区市町村で実施するがん検診の内容（平成28年2月一部改正）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上の者	年1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

肺がん検診実施状況調査票（平成28年度検診実施分）

自治体名		記入担当者	
所属			

【がん検診実施状況】

※がん検診として実施しているかに関わらず、公費による検査は回答の対象になります。

① 検診方法	胸部エックス線検査	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓「実施している場合」は、②、③に記入をお願いします。			
② 対象年齢（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 40歳以上	<input type="checkbox"/> 左記以外の年齢	年齢以外の条件も併用している場合は右欄を選択
③ 受診間隔（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 1年に1回	<input type="checkbox"/> 左記以外の受診間隔	
*「左記以外の年齢」の場合には、④に記入をお願いします。 *「左記以外の受診間隔」の場合には、⑤に記入をお願いします。			
④胸部エックス線検査の指針外対象年齢（例：「35歳以上」「40歳以上の喫煙者」等）			
⑤胸部エックス線検査の指針外受診間隔（例：「2年に1回」等）			

⑥ 検診方法	喀痰細胞診	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓*「実施している場合」は、⑦に記入をお願いします。			
⑦ 対象（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 50歳以上で喫煙指数600以上の方	<input type="checkbox"/> 左記以外の対象	
*「左記以外の対象者」の場合には、⑧に記入をお願いします。			
⑧喀痰細胞診の指針外対象者（例：「50歳以上で喫煙指数600以上で血痰のあった方」「医師が必要と認めた方」等）			

胸部エックス線検査・喀痰細胞診以外の検査方法を実施している場合には、下記⑩以降も記入。

⑩ 検査方法（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> その他の検査方法	*「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
⑪ 対象年齢（例：「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑪ 検査方法（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 胸部CT	<input type="checkbox"/> その他の検査方法	*「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
⑫ 対象年齢（例：「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			

※区市町村が実施するがん検診について、東京都では、国の指針に基づく検診の実施を推奨しています。

複数の検査方法（対象年齢により検査方法が異なる場合も含む。）の検診を実施している場合には、複数の欄に記入。

○指針で定める区市町村で実施するがん検診の内容（平成28年2月一部改正）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上の者	年1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

厚生労働省ホームページより引用（一部改変）

大腸がん検診実施状況調査票（平成28年度検診実施分）

自治体名		記入 担当者	
所属			

【がん検診実施状況】

※がん検診として実施しているか否かに関わらず、公費による検査は回答の対象になります。

① 検診方法	便潜血検査二日法	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓「実施している場合」は、②、③に記入をお願いします。			
② 対象年齢（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 40歳以上	年齢以外の条件 も併用している場合 は右欄を選択	<input type="checkbox"/> 左記以外の年齢
③ 受診間隔（いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 1年に1回		<input type="checkbox"/> 左記以外の受診間隔
*「左記以外の年齢」の場合には、④に記入をお願いします。 *「左記以外の受診間隔」の場合には、⑤に記入をお願いします。			
④ 便潜血検査二日法の指針外対象年齢（例：「35歳以上」「40歳以上の有症状者」等）			
⑤ 便潜血検査二日法の指針外受診間隔（例：「2年に1回」等）			

複数の検査方法（対象年齢により検査方法が異なる場合も含む）の検診を実施している場合には、複数の欄に記入。

便潜血二日法以外の検査方法を実施している場合には、下記⑥以降も記入。

⑥ 検査方法（検査方法を記入）（例：「便潜血一日法」等）	
⑦ 対象年齢（例：「40歳以上」「40歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）	
⑧ 検査方法（検査方法を記入）	
⑨ 対象年齢（例：「40歳以上」「40歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）	

※ 区市町村が実施するがん検診について、東京都では、国の指針に基づく検診の実施を推奨しています。

○指針で定める区市町村で実施するがん検診の内容（平成28年2月一部改正）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上の者	年1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

厚生労働省ホームページより引用（一部改変）

子宮頸がん検診実施状況調査票（平成28年度検診実施分）

自治体名		記入 担当者	
所属			

【がん検診実施状況】

※がん検診として実施しているか否かに関わらず、公費による検査は回答の対象になります。

① 検診方法	頸部細胞診	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓「実施している場合」は、②、③に記入をお願いします。			
② 対象年齢（いずれかを選択）		<input type="checkbox"/> 20歳以上	<input type="checkbox"/> 左記以外の年齢
③ 受診間隔（いずれかを選択）		<input type="checkbox"/> 2年に1回	<input type="checkbox"/> 1年に1回
*「左記以外の年齢」の場合には、④に記入をお願いします。			
④ 頸部細胞診の指針外対象年齢（例：「18歳以上」「20歳以上の有症状者」等）			
⑤ 子宮体がん検診を実施していますか？		<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓「実施している場合」は、⑥、⑦に記入をお願いします。			
⑥ 対象者（例：「子宮頸がん検診受診者のうち医師が必要と認める方」）			
⑦ 受診間隔（いずれかを選択）		<input type="checkbox"/> 2年に1回	<input type="checkbox"/> 1年に1回

細胞診以外の検査方法を実施している場合には、下記⑩以降も記入。

複数の検査方法（対象年齢により検査方法が異なる場合も含む）の検診を実施している場合には、複数の欄に記入。

⑧ 検査方法 （いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> HPV検査	<input type="checkbox"/> コルポスコプ診	<input type="checkbox"/> 超音波検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。		
⑨ 対象年齢（例：「20歳以上」「20歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑩ 受診間隔（対象年齢毎に違う場合は、それぞれ記入）			
⑪ この検査は、細胞診の受診対象者を選別する目的で実施していますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫ 検査方法 （いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> HPV検査	<input type="checkbox"/> コルポスコプ診	<input type="checkbox"/> 超音波検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。		
⑬ 対象年齢（例：「20歳以上」「20歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑭ 受診間隔（対象年齢毎に違う場合は、それぞれ記入）			
⑮ この検査は、細胞診の受診対象者を選別する目的で実施していますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 区市町村が実施するがん検診について、東京都では、国の指針に基づく検診の実施を推奨しています。

○指針で定める区市町村で実施するがん検診の内容（平成28年2月一部改正）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上の者	年1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

乳がん検診実施状況調査票（平成28年度検診実施分）

自治体名		記入 担当者	
所属			

【がん検診実施状況】

※がん検診として実施しているか否かに関わらず、公費による検査は回答の対象になります。

① 検診方法	マンモグラフィ	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
↓「実施している場合」は、②、③に記入をお願いします。			
② 対象年齢（いずれかを選択）		<input type="checkbox"/> 40歳以上	<input type="checkbox"/> 左記以外の年齢
③ 受診間隔（いずれかを選択）		<input type="checkbox"/> 2年に1回	<input type="checkbox"/> 1年に1回
*「左記以外の年齢」の場合には、④に記入をお願いします。			
④マンモグラフィ検査の指針外対象年齢（例：「35歳以上」「40歳以上の有症状者」等）			

マンモグラフィ以外の検査方法を実施している場合には、下記⑤以降も記入。

複数の検査方法（対象年齢により検査方法が異なる場合も含む）の検診を実施している場合には、複数の欄に記入。

⑤ 検査方法 （いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 視触診（マンモグラフィ併用）	<input type="checkbox"/> 視触診のみ	<input type="checkbox"/> 超音波検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。		
⑥ 対象年齢（例：「40歳以上」「40歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑦ 受診間隔（対象年齢毎に違う場合は、それぞれ記入）			
⑧ この検査は、マンモグラフィの受診対象者を選別する目的で実施していますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

⑨ 検査方法 （いずれかを選択）	<input type="checkbox"/> 視触診（マンモグラフィ併用）	<input type="checkbox"/> 視触診のみ	<input type="checkbox"/> 超音波検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。		
⑩ 対象年齢（例：「40歳以上」「40歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等）			
⑪ 受診間隔（対象年齢毎に違う場合は、それぞれ記入）			
⑫ この検査は、マンモグラフィの受診対象者を選別する目的で実施していますか？			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 区市町村が実施するがん検診について、東京都では、国の指針に基づく検診の実施を推奨しています。

○指針で定める区市町村で実施するがん検診の内容（平成28年2月一部改正）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
肺がん検診	質問（問診）、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上の者	年1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査（マンモグラフィ） ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

厚生労働省ホームページより引用（一部改変）

その他のがん検診実施状況調査票（平成28年度検診実施分）

自治体名		記入 担当者	
所属			

【がん検診実施状況】

※がん検診として実施しているか否かに関わらず、公費による検査は回答の対象になります。

複数の検査対象の検査を実施している場合には、複数の欄に記入。

① 検査対象 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 喉頭がん <input type="checkbox"/> 口腔がん <input type="checkbox"/> 消化器(胃・大腸以外)がん
	<input type="checkbox"/> その他のがん *「その他のがん」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
② 検査方法 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> PSA検査 <input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 間接喉頭鏡検査 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ検査 <input type="checkbox"/> 組織染色法 <input type="checkbox"/> 腹部CT検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
③ 対象年齢 (例:「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等)	
④ 検査対象 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 喉頭がん <input type="checkbox"/> 口腔がん <input type="checkbox"/> 消化器(胃・大腸以外)がん
	<input type="checkbox"/> その他のがん *「その他のがん」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
⑤ 検査方法 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> PSA検査 <input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 間接喉頭鏡検査 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ検査 <input type="checkbox"/> 組織染色法 <input type="checkbox"/> 腹部CT検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
⑥ 対象年齢 (例:「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等)	
⑦ 検査対象 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 喉頭がん <input type="checkbox"/> 口腔がん <input type="checkbox"/> 消化器(胃・大腸以外)がん
	<input type="checkbox"/> その他のがん *「その他のがん」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
⑧ 検査方法 (いずれかを選択)	<input type="checkbox"/> PSA検査 <input type="checkbox"/> 視触診 <input type="checkbox"/> 間接喉頭鏡検査 <input type="checkbox"/> ファイバースコープ検査 <input type="checkbox"/> 組織染色法 <input type="checkbox"/> 腹部CT検査
	<input type="checkbox"/> その他の検査方法 *「その他の検査方法」の場合には、右欄に検査方法の記入をお願いします。
⑨ 対象年齢 (例:「50歳以上」「50歳以上の偶数年齢」「30、40、50、60歳」等)	

※区市町村が実施するがん検診について、東京都では、国の指針に基づく検診の実施を推奨しています。
5がん(胃・肺・大腸・子宮頸・乳)以外のがん検診は推奨されていません。

○指針で定める区市町村で実施するがん検診の内容（平成28年2月一部改正）

種類	検査項目	対象者	受診間隔
胃がん検診	問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上 ※当分の間、胃部エックス線検査については40歳以上に対し実施可	2年に1回 ※当分の間、胃部エックス線検査については年1回実施可
肺がん検診	質問(問診)、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診	40歳以上 ※喀痰細胞診は50歳以上で喫煙指数600以上の者	年1回
大腸がん検診	問診及び便潜血検査	40歳以上	年1回
子宮頸がん検診	問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診	20歳以上	2年に1回
乳がん検診	問診及び乳房エックス線検査(マンモグラフィ) ※視診、触診は推奨しない	40歳以上	2年に1回

厚生労働省ホームページより引用（一部改変）

子宮頸がん検診結果入力シート（特別区, 平成27年度実施分）

区市町村名		区部対象人口率	J 66.3%
検査方法	頸部細胞診(標準)		

	A	B=A×J	C	D	E	F	G	H	I
年齢	住基台帳 人口	対象人口率 に基づく 対象者数	当該年度 受診者数	2年連続 受診者数	前年度 受診者数	当該年度 要精検者数	がんで あった者	精検 未受診者数	精検結果 未把握者数
～19歳		0							
20～24歳		0							
25～29歳		0							
30～34歳		0							
35～39歳		0							
40～44歳		0							
45～49歳		0							
50～54歳		0							
55～59歳		0							
60～64歳		0							
65～69歳		0							
70～74歳		0							
75～79歳		0							
80歳以上		0							
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0

プロセス指標

～19歳
20～歳

受診率	要精検率	精検受診率	がん発見率	陽性反応適中度	精検未受診率	結果未把握率
$(C+E-D)/B$	F/C	$(F-H-I)/F$	G/C	G/F	H/F	I/F

指針外検診結果入力シートの選択肢一覧

部位リスト

胃 肺 子宮頸 乳 子宮体 前立腺 喉頭 口腔 消化器

部位別 検査方法リスト

胃
胃内視鏡検査 ペプシノゲン検査及びヘリコバクターピロリ抗体検査 ペプシノゲン検査 ヘリコバクターピロリ抗体検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)

肺
胸部X線検査(喀痰細胞診なし) 胸部CT検査 その他

子宮頸
HPV検査 コルポスコープ診 超音波検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)

乳
視触診のみ 超音波検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)

子宮体
体部細胞診 超音波検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)

前立腺
PSA検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)

喉頭
触診 喉頭鏡検査 ファイバースコープ検査 喉頭鏡検査及びファイバースコープ検査 触診及び喉頭鏡検査及びファイバースコープ検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)

口腔
視触診 組織染色 その他(隣のセルに検査方法を入力)

消化器
腹部CT検査 その他(隣のセルに検査方法を入力)