

提携協力機関

ご担当者 各位

腹部超音波の実施について（弊会判定）

腹部超音波検査の実施にあたり、弊会の「腹部超音波検査」の専用用紙（青色の用紙）のご記入について、下記の通りご依頼を申し上げます。何卒よろしく願いいたします。

【受付】《受付用のサンプル用紙をご確認願います》

- ・用紙の上段にある、事業所名、氏名、生年月日、年齢について、受診者にご記入を頂きます。
- ・また、受診者番号（＝健診カードと同番号）と、日付について打刻をお願いいたします。

【技師様へのご依頼】《技師用のサンプル用紙をご確認願います》

- ・赤枠の部分について、受診者の前回歴のお聞き取りと、それらのご記入をお願いいたします。
- ・緑枠の部分について、各所見のご記入と、技師様名のご記入をお願いいたします。

（左枠内は、当てはまる箇所に○をし、シェーマと共に、所見を記入して下さい。右枠内は、所見部位と大きさのみを記入して下さい。）

なお、参考資料として別添の「腹部超音波実際の記録手順」のご確認をお願い申し上げます。ご不明点やお問合せ等につきましては、下記の担当者までご連絡をお願いいたします。

日本予防医学協会 巡回健診課 山崎まで （03-3635-1219）

# 腹部超音波検査

\*注意\*

1) 受診される方は  の部分のみを記入して下さい。  
 消化管ガブ、体腔などによる描出不良部が発生する場合は、見逃し箇所で検査して下さい。

技師用

医学協会

前回歴を受診者様より聞き取り記入してください。

氏名	氏名(カナ)	マイク番号
協会ID	生年月日	1次検・2次検(肝・膵・腎)
初回	日付	受診No
前回	日付	受診No
見所(判定)	[OCR・本人]	
・肝のう胞・胆のうポリープ・脂肪肝		

超音波検査に関する問診 / 超音波検査技師記入欄

前回判定が要精査の場合<精密検査の受診(無・有)>  
 精査部位 肝・胆・胆管・膵・腎・脾・その他( )  
 実施検査(US・CT・MRI・その他 )  
 造影剤の使用(あり・なし)  
 経過状況(無し・3ヶ月・6ヶ月・1年フォロー・その他 )  
 確定診断( )

超音波所見記入欄

自覚症状 なし・あり( )

食時摂取( )時間後

<肝臓実質評価>  
 辺縁鈍化・表面不整・裏面不整・実質不均一

<脂肪肝評価>  
 高輝度肝・肝臓コントラスト・胆管不明瞭・深部減衰  
 限局性低脂肪化・限局性高脂肪化

<その他肝臓所見>  
 部位(S1・S2・S3・S4・S5・S6・S7・S8)

<所見記入欄>  
 ② Liver

S7にcystic lesion (+) PEE (+)  
 10×5 mm

① GB  
 Bodyに polypoid lesion (+)  
 4 mm

・liver cyst  
 ・GB polyp  
 ・Fatty liver

描出不良部位( ) 膵臓(H・B・T)

検査担当 技師 阿部

判定医コメント記入欄

診断	有	疑	部位	大きさ	判定
慢性肝障害	122	132	S7	10×5	A2
脂肪肝	104	114			
肝のう胞	106	116			
多発性肝のう胞	110	120			
肝内結石	105	115			
肝内石灰化	109	119			
肝血管腫	107	117			
肝腫瘍	118		B	4	A2
慢性胆のう炎	402	412			
胆のうポリープ	404	414			
多発性胆のうポリープ	470	480			
胆のう結石	406	416			
胆のう壁在結石	421	431			
胆砂	407	417			
胆泥	425	435			
胆のう腺筋腫症	403	413			
胆のう壁肥厚	427	437			
胆のう腫瘍	415		胆管		A2
胆管拡張症	407	417			
胆管結石	408	418			
胆管腫瘍	419				
腎のう胞	304	314	腎臓		A2
多発性腎のう胞	324	334			
水腎症	302	312			
腎結石	303	313			
腎内石灰化	306	316			
のう胞腎	344	354			
腎血管筋脂肪腫	341	351			
腎腫瘍	315				
腎形成不全	343	353			
慢性腎不全	308	318			
腎手術後	401		脾臓		A2
脾のう胞	422	432			
脾内石灰化	423	433			
副脾	502	512	その他		B1 C1
その他( )					
副腎腫瘍	732	742	その他		C2 G1
腹部リンパ節腫大	410	420			
その他( )					G2 R1
総合判定					A1:所見なし

所見部位と大きさのみ  
 記入してください。

当てはまる箇所に○をし、  
 シェーマとともに所見を記入してください。  
 検査担当技師欄に名前を記入してください。