

胃がん検診(胃内視鏡検査)検診票兼結果通知票

太枠内をボールペンで強くご記入ください。

検診日 年 月 日

フリガナ	性別	年齢	歳
氏名	費用徴収区分	1. 徴収者 2. 70歳以上 3. 生活保護世帯等 4. 市民税非課税世帯 6. 大津市国民健康保険加入者	
住所 大津市	保険の種類	<検診料減免確認承諾欄> 左記の理由により、検診料の減免資格【世帯全員の課税状況等】の確認を承諾します。 氏名: (自署)	
電話番号 ()		1. 大津市国民健康保険 2. 健保協会 本人 3. 健保協会 家族 4. 健保組合 本人 5. 健保組合 家族	6. 共済組合 本人 7. 共済組合 家族 8. 国保組合 本人 9. 国保組合 家族 10. 後期高齢 11. 未加入
生年月日	昭和 年 月 日		

<問診> 質問事項(問診内容により受診できない場合があります)		該当箇所に○	
1. 胃がんにかかったことはありますか	はい	いいえ	
2. 現在、食道・胃・十二指腸の病気で治療していますか(バレット食道、胃潰瘍、胃がんなど)	はい	いいえ	
3. ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか	はい	いいえ	不明
4. 薬剤アレルギーはありますか	はい	いいえ	不明
4-1)「はい」の場合、薬の種類をご記入ください	薬:		
5. 現在、高血圧の治療を受けていますか	はい	いいえ	不明
6. 現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか	はい	いいえ	不明
6-1)「はい」の場合、薬の種類をご記入ください	薬:		
7. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか	はい	いいえ	不明
8. 入れ歯をしていますか	はい	いいえ	
9. 緑内障・前立腺肥大症・甲状腺機能亢進症・心疾患の病気で治療を受けていますか	はい	いいえ	不明
9-1)「はい」の場合、どの病気ですか	病名:		
10. 副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎の病気をしたことがありますか	はい	いいえ	不明
10-1)「はい」の場合、どの病気ですか	病名:		
11. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか	はい	いいえ	不明
11-1)「はい」の場合、歯の治療で麻酔を使った時に、何か問題はありましたか	はい	いいえ	不明
12. 鼻腔の手術をしたことがありますか	はい	いいえ	不明
13. 家族に胃がんにかかった人はいますか	はい	いいえ	不明
13-1)「はい」の場合、誰が胃がんにかかりましたか			
14. 以前に胃がん検診を受けたことはありますか	はい	いいえ	不明
15. 最近の胃がん検診状況について回答ください			
15-1) どちらで受けましたか	大津市(他市町も含む)・職場・人間ドック		
15-2) 検査の方法	胃X線 内視鏡		
15-3) 検診の時期	年 月		

総合判定

1 精密検査不要

2 要精密検査 (当日実施済・後日生検) 後日実施 → 早急に医療機関を受診してください。

3 要治療・要受診(胃がん以外) []

4 ピロリ菌感染性胃炎の疑い(要受診)

5 その他(検査中断、描出不良) [理由:]

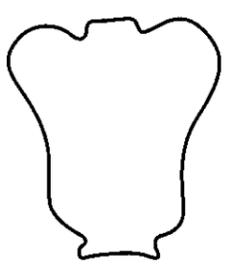
内視鏡検査医が記入

(検診票 兼 結果票)

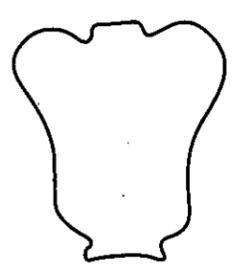
複数の所見がある場合は、所見の部位および所見の種類欄の□に病変番号

大津市胃がん検診協議会
資料5-2

内視鏡検査医

検査医療機関 および検査医	医療機関コード	
<input type="checkbox"/> 所見なし(胃がんなし) <input type="checkbox"/> 所見あり	方式	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻
<input type="checkbox"/> 食道胃接合部 <input type="checkbox"/> 体上部 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 幽門輪	<input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁	肉眼分類 0型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> IIa+IIc <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc <input type="checkbox"/> IIc+II <input type="checkbox"/> IIc+IIa <input type="checkbox"/> III+IIc <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 1~5型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 3型 <input type="checkbox"/> 4型 <input type="checkbox"/> 5型 <input type="checkbox"/> 不明
病変 生検 ① (有・無) Group <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ② (有・無) Group <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ③ (有・無) Group <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ④ (有・無) Group <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	生検結果 判定区分 0 判定困難 ※ 1 胃がんなし 2 胃がんなし・経過観察または治療が必要 3 胃がん疑い 4 胃がん 5 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)	コメント 図解 
胃がん以外の所見・診断 1 胃腺腫 2 胃過形成性ポリープ 3 胃潰瘍(AHS) 4 H.pylori感染(現・既・未・不明) 5 胃粘膜下腫瘍 6 胃底腺ポリープ 7 十二指腸潰瘍(AHS) 8 食道がん 9 逆流性食道炎 10 その他()		
胃がん検診中/後の偶発症の有無 1) なし 2) あり ※「2)あり」と回答の場合は別紙「偶発症報告書」に記載し提出してください		

読影委員(医)

<input type="checkbox"/> 所見なし(胃がんなし) <input type="checkbox"/> 所見あり	<input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁	肉眼分類 0型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> IIa+IIc <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc <input type="checkbox"/> IIc+II <input type="checkbox"/> IIc+IIa <input type="checkbox"/> III+IIc <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 1~5型 <input type="checkbox"/> 1型 <input type="checkbox"/> 2型 <input type="checkbox"/> 3型 <input type="checkbox"/> 4型 <input type="checkbox"/> 5型 <input type="checkbox"/> 不明
判定区分 0 判定困難 ※ 1 胃がんなし 2 胃がんなし・経過観察または治療が必要 3 胃がん疑い 4 胃がん 5 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)	生検の評価 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 妥当 <input type="checkbox"/> 追加が必要 精密検査の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	図解 
コメント(一次読影と所見が異なる場合は、内容を記載してください)		
胃がん以外の所見・診断 1 胃腺腫 2 胃過形成性ポリープ 3 胃潰瘍(AHS) 4 H.pylori感染(現・既・未・不明) 5 胃粘膜下腫瘍 6 胃底腺ポリープ 7 十二指腸潰瘍(AHS) 8 食道がん 9 逆流性食道炎 10 その他()		
二次読影医	年 月 日	サイン
		医療機関コード

※「0.判定困難」と判定した場合は、「精密検査の必要性:あり」とし、健康推進課に画像を提出してください。

生検をした場合は、二次読影判定後、下記の欄に内視鏡検査医が記入してください。

最も優先順位の高いものを下記の項目より選択してください。

1. 異常認めず	2. 早期がん(粘膜内がん(壁深達度M))	3. 早期がんI期(壁深達度SM)
4. 進行がん(壁深達度MP以上)	5. 進行期不明	6. がん疑い
7. 胃腺腫	8. 胃ポリープ(過形成性)	9. 胃ポリープ(胃底腺)
10. 胃潰瘍	11. 胃炎	12. 胃粘膜下腫瘍
13. 悪性リンパ腫	14. その他の疾患()	

注) 2~5の場合、いずれかに○ ⇒ 原発性・転移性・不明

胃がん検診(胃内視鏡検査)結果通知票〔本人様控〕

太枠内をボールペンで強くご記入ください。

検診日 年 月 日

フリガナ	性別	年齢	歳
氏名			
住所・電話	大津市 電話番号()		
生年月日	昭和 年 月 日		

内視鏡検査医

検査医療機関
および検査医

あなたはいくつ『がん検診』を受けていますか？

～『がん検診+1(プラスワン)』を新しい合言葉にしよう～

『もうひとつ』がん検診を受けよう

『もう一人』がん検診を受ける仲間を増やそう

2人に1人ががんに罹り、誰も他人事にはできない今、がん検診でがんを早期に発見することは、治療によるあなたの心や体への負担を軽くして、お仕事をはじめ様々な社会活動への影響を最小限にすることが可能になります。

大津市では、次の5つのがん検診で約70%の補助が受けられます。

さらに、大津市国民健康保険加入の人は全額補助！！

また、そのほかの健康保険に加入されている人は、それぞれの健康保険組合等の助成制度をチェックしてみてください。

大津市胃がん検診(胃内視鏡検査)の結果は、下段の総合判定のとおりでした。

結果の見方

1 精密検査不要

今回の検診では、胃がんあるいは胃がんを疑う病変は認められませんでした。

ただし、今回の検診ですべての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃痛、不快感、食欲不振、食事がつかえるなどの自覚症状があった場合は、すぐに直接医療機関にご相談ください。また、症状がなくても2年度に1度は必ず検診を受けましょう。

2 要精密検査

今回の検診では、精密検査が必要と判断されました。

・当日実施済の場合……今回の検診を受けた医療機関の医師から結果説明を受け、今後の治療方針について十分話し合ってください。

・後日生検の方……できるだけ早く精密検査(内視鏡下生検)を受ける必要があります。今回の検診を受けた医療機関の医師から説明を受け、自覚症状がなくても精密検査を受けてください。※受診にかかる費用は、保険診療に基づく自己負担があります。

3 要治療・要受診(胃がん以外)

今回の検診により、[]内の病変が認められました。治療や検査が必要となりますので、できるだけ早く医療機関を受診してください。

※受診にかかる費用は、保険診療に基づく自己負担があります。

4 ピロリ菌感染性胃炎の疑い(要受診)

今回の検診により、ピロリ菌感染が原因と思われる胃炎が認められました。

ピロリ菌感染性胃炎は、放置すると胃潰瘍や胃がんなどを引き起こす可能性があります。医療機関を受診して、ピロリ菌に感染しているか検査をしてください。感染している場合、ピロリ菌除菌療法について医師と相談されることをお勧めします。

※受診にかかる費用は、保険診療に基づく自己負担があります。

5 その他(検査中断、描出不良)

今回の検診では、[]内の理由により判定ができませんでした。今後の検査方法について、医師と相談されることをお勧めします。

今回のあなたの総合判定 (○印が今回の結果です)

1 精密検査不要

2 要精密検査 (当日実施済・後日生検) 後日実施 → 早急に医療機関を受診してください。

3 要治療・要受診(胃がん以外) []

4 ピロリ菌感染性胃炎の疑い(要受診)

5 その他(検査中断、描出不良) [理由:]

～大津市の補助が受けられるがん検診～

胃がん検診(X線・内視鏡)、大腸がん検診、肺がん結核検診
[女性のみ]乳がん検診(マンモグラフィ)、子宮頸がん検診

しかし1人の人が受けているがん検診の数は

	受けられる検診の数に対して…平均受診数		あなたはいくつ?
女性	5	1.7 (令和元年度)	/
男性	3	1.6 (令和元年度)	/

※該当部位の過去の治療状況等により受けられる検診の数は個人により異なる場合があります。

あなたや大切な人たちが自分らしい、生き方を満喫するために

『もうひとつ』がん検診を受けよう

『もう一人』がん検診を受ける仲間を増やそう

もったいない!!



BIWA-TEKU



がん検診を受けて健康推進アプリBIWA-TEKUでポイントをためよう!!
ステキな景品が当たる抽選に応募できます。
ぜひご登録を!!

※各がん検診は、自覚症状がある人など検診の対象外となる場合があります。実施場所、検診費用など詳細は大津市ホームページをご覧ください。
下記までお問合せください。



←こちらにアクセス
大津市がん検診のご案内

【お問合せ先】
大津市保健所 健康推進課
電話 077-528-2748