

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				
住所・電話	大津市	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	
	電話番号（ ）		<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):	
生年月日	昭和 年 月 日	保険の種類	1.大津市国民健康保険	6.共済組合 本人
			2.健保協会 本人	7.共済組合 家族
		3.健保協会 家族	8.国保組合 本人	9.国保組合 家族
		4.健保組合 本人	10.後期高齢	11.未加入
		5.健保組合 家族		

《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
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、バファリンなど）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

内視鏡検査医が記入

- 1 精密検査不要
- 2 要精密検査または要治療（胃がん・疑い）
- 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:]

1.当院で精密検査または治療実施

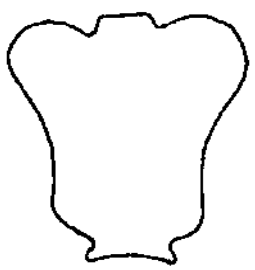
2.他院へ紹介
医療機関名

]

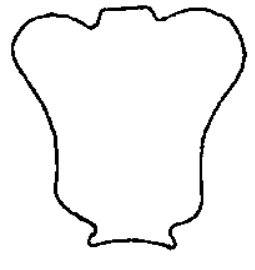
(検診票兼結果票)

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(①②③)などを記載してください

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"/> 悪性を疑う所見あり (→生検実施を判断)		<input type="checkbox"/> 悪性を疑う所見なし	
<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"/> その他 (食道 十二指腸)		方式 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 肉 0型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIa+IIc <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc 眼 <input type="checkbox"/> IIc+III <input type="checkbox"/> IIc+IIa <input type="checkbox"/> III+IIc <input type="checkbox"/> III 分 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 不明 類 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	生検結果	コメント
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	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 (A H S) 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 (A H S) 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。	図解 
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		
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)		

読影委員(医)

<input type="checkbox"/> 悪性を疑う所見あり		<input type="checkbox"/> 悪性を疑う所見なし	
<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"/> その他 (食道 十二指腸)		肉 0型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIa+IIc <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIc 眼 <input type="checkbox"/> IIc+III <input type="checkbox"/> IIc+IIa <input type="checkbox"/> III+IIc <input type="checkbox"/> III 分 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="checkbox"/> 不明 類 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 (追加の)精密検査の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
コメント (*一次読影と所見の異なる場合は、内容を記載してください)			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 (A H S) 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 (A H S) 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」としてください。

生検をした場合は、二次読影判定後に内視鏡検査医が記入してください。=精検結果として統計に反映します
 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. 早期胃がん (粘膜内がん (壁深達度M)) | 3. 早期胃がん I 期 (壁深達度SM) |
| 4. 進行胃がん (壁深達度MP以上) | 5. 胃がん (進行期不明) | 6. 胃がん疑い |
| 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 | |

※2~5の場合、いずれかに○ ⇒ 原発性 ・ 転移性 ・ 不明