

胃がん検診（胃内視鏡検査）検診票兼結果通知票

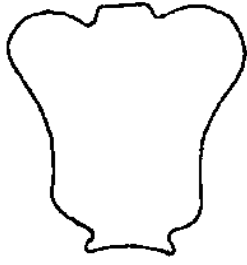
太枠内をボールペンで強くご記入ください。

検診日 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	＜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)		
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		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	
	電話番号 ()		保険の種類	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		
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、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：	
※抗血栓薬を服用中の方は、胃がん検診と同時に生検はできません						
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					続柄：	
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	

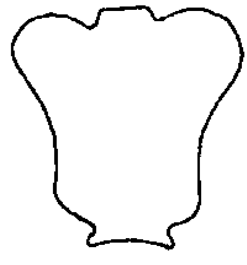
総合判定		内視鏡検査医が記	
1 精密検査不要		1.当院で精密検査または治療実施	
2 要精密検査または要治療（胃がん・疑い）		2.他院へ紹介	
3 要治療・要受診（胃がん以外）		医療機関名 ()	
4 ピロリ菌感染性胃炎の疑い（要受診）			
5 その他（検査中断、描出不良）		〔理由： 〕	

内視鏡検査医

検査実施機関		内視鏡検査医		医療機関コード	
☐ 比較読影あり → (☐ 過去との変化あり ☐ 過去との変化なし) ☐ 比較読影なし					
☐ 悪性を疑う所見あり (生検: ☐ 実施 ☐ 未実施) ☐ 悪性を疑う所見なし				方式	☐ 経口 ☐ 経鼻
※抗血栓薬服用中の方・十二指腸に腫瘍病変がある方は、大津市胃がん検診での生検はしません					
☐ 食道胃接合部	☐ 体上部	☐ 胃角部	☐ 小弯	肉	O型 ☐ I ☐ IIa ☐ IIa+IIc ☐ IIb ☐ IIc
☐ 噴門部	☐ 体中部	☐ 前庭部	☐ 大弯	眼	☐ IIc+III ☐ IIc+IIa ☐ III+IIc ☐ III
☐ 穹窿部	☐ 体下部	☐ 幽門輪	☐ 前壁	分	☐ その他 ()
☐ その他 (食道 十二指腸)			☐ 後壁	類	1~5型 ☐ 1型 ☐ 2型 ☐ 3型 ☐ 4型 ☐ 5型
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 ()					
病変	生検	生検結果		コメント	図解
①	(有・無)	Group ☐ X ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		(胃部以外の生検結果もこちらに記入)	
②	(有・無)	Group ☐ X ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
③	(有・無)	Group ☐ X ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5			
④	(有・無)	Group ☐ X ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 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)			
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。					

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

読影委員 (医)

☐ 比較読影あり → (☐ 過去との変化あり ☐ 過去との変化なし) ☐ 比較読影なし					
☐ 悪性を疑う所見あり				☐ 悪性を疑う所見なし	
☐ 食道胃接合部	☐ 体上部	☐ 胃角部	☐ 小弯	肉	O型 ☐ I ☐ IIa ☐ IIa+IIc ☐ IIb ☐ IIc
☐ 噴門部	☐ 体中部	☐ 前庭部	☐ 大弯	眼	☐ IIc+III ☐ IIc+IIa ☐ III+IIc ☐ III
☐ 穹窿部	☐ 体下部	☐ 幽門輪	☐ 前壁	分	☐ その他 ()
☐ その他 (食道 十二指腸)			☐ 後壁	類	1~5型 ☐ 1型 ☐ 2型 ☐ 3型 ☐ 4型 ☐ 5型 ☐ 不明
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 ()					
判定区分	0	判定困難 ※		生検の評価	図解
	1	胃がんなし		☐ 不要 ☐ 妥当	
	2	胃がんなし・経過観察または治療が必要		(追加の)精密検査の必要性	
	3	胃がん疑い		☐ あり ☐ なし	
	4	胃がん			
	5	胃がん以外の悪性病変 (疑いも含む)			
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)					
二次読影医					医療機関コード
年 月 Eサイン					

※「0 判定困難」と判定した場合は、総合判定「5 その他」とし、医療保険にて再検査を実施してください

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O ⇒ 原発性 ・ 転移性 ・ 不明