

# 胃がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

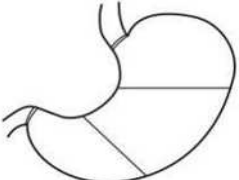
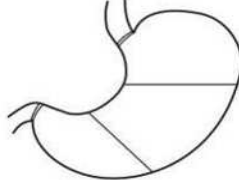
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。  
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承します。

受付番号	検診年月日	
〇〇(市町村)胃がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)		
住所	(〒 )	
フリガナ		男・女
名前	様	
生年月日	年 月 日	( 歳)
電話番号		

## 問診内容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 胃がん検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> エックス線検査〔バリウム〕( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査〔胃カメラ〕( 年 月頃) >結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> その他のがん( ) 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 今までにお腹の病気と診断されたり、 お腹の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名: <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> その他( ) 手術: <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いいえ
④ 最近、気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ヘリコバクター・ピロリ菌の検査や除菌を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 検査 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 除菌 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ のどの麻酔や歯の治療で気分が悪くなった ことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 血液をさらさらにする薬を飲んで いますか。または、飲んで いたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 緑内障や眼圧が高いと言われた ことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 入れ歯を入れていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 今までに鼻の病気と診断されたり、 鼻の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ (女性のみ) 妊娠中または妊娠の 可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

## 【胃がん検診 結果報告書】

一次読影		二次読影	
読影医	診断	読影医	診断
 生検(有・無) 医師コメント欄:	1 胃がんなし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> がん以外の疾患あり 2 胃がん疑い 3 胃がん 4 胃がん以外の悪性病変	 医師コメント欄:	1 胃がんなし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> がん以外の疾患あり 2 胃がん疑い 3 胃がん 4 胃がん以外の悪性病変
	判定 1 精密検査不要 <input type="checkbox"/> がん以外の疾患について要検査 2 要精密検査 3 判定不能 4 要検査(胃がん以外の悪性病変)		判定 1 精密検査不要 <input type="checkbox"/> がん以外の疾患について要検査 2 要精密検査 3 判定不能 4 要検査(胃がん以外の悪性病変)

### 総合判定

1 精密検査不要	2 要精密検査(胃がん疑い)	3 判定不能
4 要検査 <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(食道がん・食道胃接合部がん・十二指腸がん・悪性リンパ腫・粘膜下腫瘍・その他( )) <input type="checkbox"/> がん以外の疾患		

検査に伴う 偶発症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 入院治療を要するもの <input type="checkbox"/> 偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> その他( ))
--------------	--

検診実施医療機関名	
判定医師名	

# 胃がん検診 受診票 兼 結果報告書

②市町村控

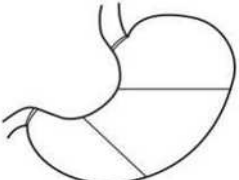
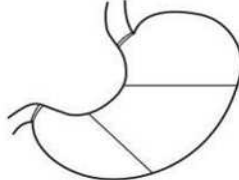
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。  
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承します。

受付番号		検診年月日	
<b>〇〇(市町村)胃がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)</b>			
住所	(〒 )		
フリガナ			男・女
名前	様		
生年月日	年 月 日		( 歳)
電話番号			

**問診内容** ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 胃がん検診を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> エックス線検査[バリウム] ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 [胃カメラ] ( 年 月頃) >結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> その他のがん( ) 血縁関係: <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟/姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
③ 今までにお腹の病気と診断されたり、 お腹の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 病名: <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> その他( ) 手術: <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いいえ
④ 最近、気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑤ ヘリコバクター・ピロリ菌の検査や除菌を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい ⇒ 検査 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 不明 除菌 ( 年 月頃) <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> いいえ
⑥ のどの麻酔や歯の治療で気分が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦ 血液をさらさらにする薬を飲んでいませんか。 または、飲んでいたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい(薬剤名: ) <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 入れ歯を入れていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩ 今までに鼻の病気と診断されたり、 鼻の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪ (女性のみ) 妊娠中または妊娠の可能性が あります。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

**【胃がん検診 結果報告書】**

一次読影		二次読影	
読影医	診断	読影医	診断
	1 胃がんなし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> がん以外の疾患あり 2 胃がん疑い 3 胃がん 4 胃がん以外の悪性病変		1 胃がんなし <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> がん以外の疾患あり 2 胃がん疑い 3 胃がん 4 胃がん以外の悪性病変
生検(有・無) 医師コメント欄:	<b>判定</b> 1 精密検査不要 <input type="checkbox"/> がん以外の疾患について要検査 2 要精密検査 3 判定不能 4 要検査(胃がん以外の悪性病変)	医師コメント欄:	<b>判定</b> 1 精密検査不要 <input type="checkbox"/> がん以外の疾患について要検査 2 要精密検査 3 判定不能 4 要検査(胃がん以外の悪性病変)

**総合判定**

1 精密検査不要	2 要精密検査(胃がん疑い)	3 判定不能
4 要検査 <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変(食道がん・食道胃接合部がん・十二指腸がん・悪性リンパ腫・粘膜下腫瘍・その他( )) <input type="checkbox"/> がん以外の疾患		

検査に伴う 偶発症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 入院治療を要するもの <input type="checkbox"/> 偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> その他( ))
--------------	--

<b>検診実施医療機関名</b> <b>判定医師名</b>	
----------------------------------	--