

胃がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

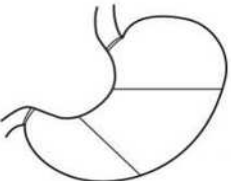
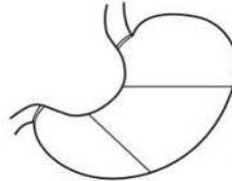
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

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。	☐ はい ⇒ ☐ エックス線検査〔バリウム〕(年 月頃) ☐ 内視鏡検査 〔胃カメラ〕(年 月頃) >結果: ☐ 異常なし ☐ 要精密検査 ☐ いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	☐ はい ⇒ ☐ 胃がん ☐ その他のがん() 血縁関係: ☐ 父母 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖父母 ☐ いいえ ☐ 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。	☐ はい ⇒ 病名: ☐ 胃がん ☐ 胃潰瘍 ☐ 胃ポリープ ☐ 胃炎 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ その他() 手術: ☐ 胃・十二指腸 ☐ 脾臓 ☐ その他() ☐ いいえ
④ 最近、気になる症状がありますか。	☐ はい ⇒ ☐ 胃の痛み ☐ 食欲不振 ☐ むねやけ ☐ げっぷ ☐ 体重減少 ☐ その他() ☐ 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。	☐ はい⇒検査 (年 月頃) ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 不明 除菌 (年 月頃) ☐ 成功 ☐ 不成功 ☐ 不明 ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい(薬剤名:) ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
⑨ 入れ歯を入れていますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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 ☐ 異常なし ☐ 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 ☐ 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:	1 胃がんなし ☐ 異常なし ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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()) ☐ がん以外の疾患		

検査に伴う	☐ なし
偶発症	☐ あり(☐ 入院治療を要するもの ☐ 偶発症による死亡 ☐ 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

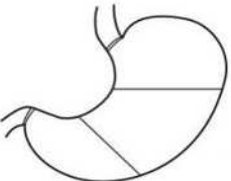
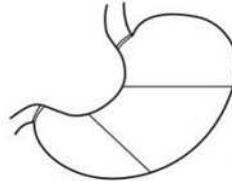
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了
承します。

受付番号	検診年月日	
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。	☐ はい ⇒ ☐ エックス線検査〔バリウム〕(年 月頃) ☐ 内視鏡検査 〔胃カメラ〕(年 月頃) >結果: ☐ 異常なし ☐ 要精密検査 ☐ いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか。	☐ はい ⇒ ☐ 胃がん ☐ その他のがん() 血縁関係: ☐ 父母 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖父母 ☐ いいえ ☐ 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。	☐ はい ⇒ 病名: ☐ 胃がん ☐ 胃潰瘍 ☐ 胃ポリープ ☐ 胃炎 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ その他() 手術: ☐ 胃・十二指腸 ☐ 脾臓 ☐ その他() ☐ いいえ
④ 最近、気になる症状がありますか。	☐ はい ⇒ ☐ 胃の痛み ☐ 食欲不振 ☐ むねやけ ☐ げっぷ ☐ 体重減少 ☐ その他() ☐ 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。	☐ はい ⇒ 検査 (年 月頃) ☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 不明 除菌 (年 月頃) ☐ 成功 ☐ 不成功 ☐ 不明 ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい(薬剤名:) ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
⑨ 入れ歯を入れていますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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 ☐ 異常なし ☐ 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 ☐ 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:	1 胃がんなし ☐ 異常なし ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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())
☐ がん以外の疾患

検査に伴う	☐ なし
偶発症	☐ あり(☐ 入院治療を要するもの ☐ 偶発症による死亡 ☐ その他())

検診実施医療機関名	
判定医師名	