

# 胃がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

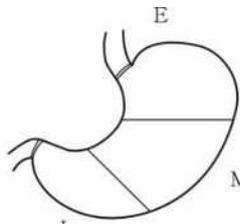
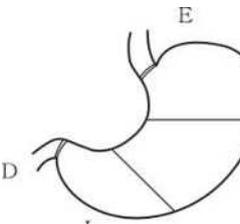
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。  
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が  
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了  
承します。

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	
名前	様 男・女
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 今までにバリウムを飲んで具合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
③ 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
④ 今までにお腹の病気と診断されたり、おなか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
⑤ 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
⑥ ヘリコバクター・ピロリ菌の検査や除菌を受けましたことがありますか。	<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
⑦ 腸閉塞(大便が詰まって苦しくなる)になったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 心臓病や透析などで水分制限を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 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
⑩ (男性のみ)前立腺肥大や尿が出にくいといった症状がありますか。	<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 読影医		二次読影 読影医		診断			
				部位区分			
				A区分		B区分	
判定		判定		E 食道 L 胃下部 1 小弯側 3 大弯側 U 胃上部 D 十二指腸 2 粘膜面 4 全周性 M 胃中部 R 残胃			
X 1 2 3a 3b 4 5		X 1 2 3a 3b 4 5		所見区分			
部位区分		部位区分		1 隆起性病変 5 欠損 9 弯入・陥入 2 皺襞集中 6 陥凹性病変 10 粘膜凹凸不整 3 変形 7 皺襞異常 11 その他 4 伸展不良 8 硬化			
A B 所見		A B 所見		判定区分			
A B 所見		A B 所見		X 判定不能 3b 存在又は量的診断が困難 1 胃炎・萎縮の無い胃 4 存在が確実で悪性を疑う 2 慢性胃炎を含む良性病変 5 ほぼ悪性と断定できる 3a 存在が確実でほぼ良性だが 精検が必要			

## 総合判定

1 判定不能 2 精密検査不要 3 要精密検査(胃がん疑い) 4 その他(胃がん以外の要検査等)

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

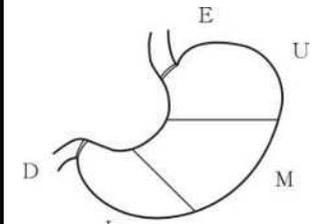
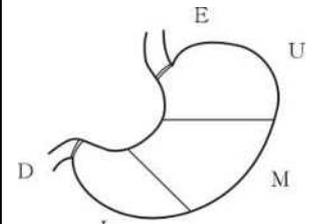
〇〇(市町村)胃がん検診を申し込みます。  
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が  
医療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了  
承します。

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	
名前	様 男・女
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 今までにバリウムを飲んで具合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
③ 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
④ 今までにお腹の病気と診断されたり、おなか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
⑤ 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
⑥ ヘリコクター・ピロリ菌の検査や除菌を受けましたことがありますか。	<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
⑦ 腸閉塞(大便が詰まって苦しくなる)になったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧ 心臓病や透析などで水分制限を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨ 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
⑩ (男性のみ)前立腺肥大や尿が出にくいといった症状がありますか。	<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 読影医		二次読影 読影医		診断			
 判定 X 1 2 3a 3b 4 5		 判定 X 1 2 3a 3b 4 5		部位区分			
				A区分		B区分	
E 食道		L 胃下部		1 小弯側	3 大弯側		
U 胃上部		D 十二指腸		2 粘膜面	4 全周性		
M 胃中部		R 残胃					
所見区分							
1 隆起性病変		5 欠損		9 弯入・陥入			
2 皺襞集中		6 陥凹性病変		10 粘膜凹凸不整			
3 変形		7 皺襞異常		11 その他			
4 伸展不良		8 硬化					
判定区分							
X 判定不能				3b 存在又は量的診断が困難			
1 胃炎・萎縮の無い胃				4 存在が確実で悪性を疑う			
2 慢性胃炎を含む良性病変				5 ほぼ悪性と断定できる			
3a 存在が確実でほぼ良性だが 精検が必要							

## 総合判定

1 判定不能 2 精密検査不要 3 要精密検査(胃がん疑い) 4 その他(胃がん以外の要検査等)

検診実施医療機関名  
判定医師名