

住所	〒 -	受診者番号	
氏名	フリガナ	検診日	
生年月日 性別	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳) 男 ・ 女	検診場所	
胃がん検診歴	□初めて □あり〔()回目 検診最終日(平成 年 月) □1年前 □2年前 □3年以上経過〕		
前回検診結果	□異常なし □要精密検査 [精密検査受診日: 年 月頃 結果: □異常なし □異常あり(病名: ()) □未受診]		
胃の病気	□なし □あり〔病名: □胃がん □胃潰瘍 □胃ポリープ □十二指腸潰瘍 □胃炎 □その他() いつ頃: 年 月から 年 月まで(治療・治癒・放置)〕		
胃の手術	□なし □あり〔病名: () いつ頃: 年 月〕		
最近の症状	□ない □食後に痛む □空腹時に痛む □常に痛む □背中(胃のうら)が痛む □胸やけ □げっぷ □はきけ・嘔吐 □食物が胸につかえる □胃がもたれる □おなかがはる □すっぱい水が出る □食欲がない □やせた □便秘・下痢 □血便(黒色・鮮血) □その他()		
妊娠中・妊娠の可能性	□なし □あり		
家族歴	□なし □あり〔□祖父母 □父 □母 □兄弟姉妹 □その他() 部位:()〕		
嗜好品	たばこ: □吸わない □吸う(本/日) 酒: □飲まない □飲む(合/日) □時々飲む 塩辛いもの: □好き □嫌い □普通 □制限している		
体質等	□がんこな便秘がある □食物が飲みにくい。むせやすいことがある □以前にバリウム検査を行い、体調が悪くなったことがある □薬品や食品で過敏反応(アレルギー)をおこしたことがある □心臓病や高血圧で治療の経験がある □大腸憩室があるとされたことがある □昨夜、21時以降に飲食をした		

検診所見

第1読影				第2読影			
背臥位正面位	背臥位第1斜位	背臥位第2斜位(頭低位)	腹臥位正面位(頭低位)	背臥位正面位	背臥位第1斜位	背臥位第2斜位(頭低位)	腹臥位正面位(頭低位)
腹臥位第1斜位	右側臥位	背臥位第2斜位(振り分け)	立位第1斜位または正面位	腹臥位第1斜位	右側臥位	背臥位第2斜位(振り分け)	立位第1斜位または正面位
【所見の部位】 1 穹窿部 2 噴門部 3 体部 4 胃角部 5 前庭部 6 幽門部 7 十二指腸球部 8 食道 9 小彎 10 大湾 11 前壁 12 後壁 13 全周	【所見の種類】 1 裂孔ヘルニア 2 短縮 3 胃角変形 4 彎入 5 伸展不良 6 辺縁不整 7 辺縁硬直 8 ニツシェ 9 バリウム斑 10 欠損 11 アレア異常 12 透亮像 13 レリーフ粗大、乱れ 14 レリーフ集中 15 レリーフ中断、消失 16 変形 17 手術胃 18 胆石 19 腎結石 20 その他 ()	【所見の部位】 1 穹窿部 2 噴門部 3 体部 4 胃角部 5 前庭部 6 幽門部 7 十二指腸球部 8 食道 9 小彎 10 大湾 11 前壁 12 後壁 13 全周	【所見の種類】 1 裂孔ヘルニア 2 短縮 3 胃角変形 4 レリーフ粗大、乱れ 5 レリーフ集中 6 レリーフ中断、消失 7 変形 8 手術胃 9 胆石 10 腎結石 11 アレア異常 12 透亮像 13 レリーフ粗大、乱れ 14 レリーフ集中 15 レリーフ中断、消失 16 変形 17 手術胃 18 胆石 19 腎結石 20 その他 ()				
比較読影(有・無)	経時的变化 □増悪 □軽快 □不変			比較読影(有・無)	経時的变化 □増悪 □軽快 □不変		
第1読影医:				第2読影医(総合判定医):			
総合判定: □異常なし □要注意 □要精密検査 □判定不能							

(様式2号)

胃がん検診結果通知書

様

○印があなたの検診結果です。

1 現在のところ異常認めず

今回の検診では、異常を認めませんでした。

これからも1年に1回は、検診を受けられるよう、お勧めします。

また、自覚症状があるときは、早い時期に医療機関を受診されるようお勧めします。

2 要観察

今回の検診では、「精密検査」の必要はありませんが、必ず か月後に再度検査を受けるようにしましょう。

3 精密検査を要する

今回の検診の結果、「精密検査」が必要です。

「胃がん精密検査依頼書」をご持参になり、速やかに消化器専門医療機関を受診してください
なお、受診の際は、健康保険証を必ず持参してください。

4 判定不能

次の理由により、検診結果の判定が不能ですから、次の機会に再検診を受けられるよう
おすすめします。

〔理由 食物残存 ・ 充盈不足 ・ 位置不適 ・ 空気不足 ・ その他()〕

5 その他

()

平成 年 月 日

検診機関名

担当医師名

実施市町村名

(様式3号)

胃がん精密検査依頼書

平成 年 月 日

精密検査実施医療機関の長 様

検診施設(医療機関)名
医師名 印

次の方は胃がん検診の結果、要精密検査となりましたので御高診の上、ご指導をよろしくお願いたします。
 なお、お手数をおかけしますが、別添の胃がん検診精密検査結果報告書に記入の上、一次検診機関と〇〇市町〇〇課(住所:
 〇〇市〇〇町〇〇番地、電話:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)に御送付(例 複写した精密検査結果報告書を送付)くださるようお願いいたします。

住所	〒 -
氏名	フリガナ
生年月日 性別	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳) 男・女

受診者番号	
検診日	
撮影場所	
検診施設	

検診所見

第1読影				第2読影			
背臥位正面位	背臥位第1斜位	背臥位第2斜位(頭低位)	腹臥位正面位(頭低位)	背臥位正面位	背臥位第1斜位	背臥位第2斜位(頭低位)	腹臥位正面位(頭低位)
腹臥位第1斜位	右側臥位	背臥位第2斜位(振り分け)	立位第1斜位または正面位	腹臥位第1斜位	右側臥位	背臥位第2斜位(振り分け)	立位第1斜位または正面位
【所見の部位】	【所見の種類】			【所見の部位】	【所見の種類】		
1 穹窿部	1 裂口ヘルニア	11 アレア異常		1 穹窿部	1 裂口ヘルニア	11 アレア異常	
2 噴門部	2 短縮	12 透亮像		2 噴門部	2 短縮	12 透亮像	
3 体部	3 胃角変形	13 レリーフ粗大、乱れ		3 体部	3 胃角変形	13 レリーフ粗大、乱れ	
4 胃角部	4 彎入	14 レリーフ集中		4 胃角部	4 彎入	14 レリーフ集中	
5 前庭部	5 伸展不良	15 レリーフ中断、消失		5 前庭部	5 伸展不良	15 レリーフ中断、消失	
6 幽門部	6 辺縁不整	16 変形		6 幽門部	6 辺縁不整	16 変形	
7 十二指腸球部	7 辺縁硬直	17 手術胃		7 十二指腸球部	7 辺縁硬直	17 手術胃	
8 食道	8 ニツェ	18 胆石		8 食道	8 ニツェ	18 胆石	
9 小彎	9 バリウム斑	19 腎結石		9 小彎	9 バリウム斑	19 腎結石	
10 大湾	10 欠損	20 その他		10 大湾	10 欠損	20 その他	
11 前壁		()		11 前壁		()	
12 後壁				12 後壁			
13 全周				13 全周			
比較読影(有・無)	経時的変化	<input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変		比較読影(有・無)	経時的変化	<input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変	
第1読影医:				第2読影医(総合判定医):			

(様式 4 号)

胃がん精密検査結果報告書

平成 年 月 日

一次検診施設(医療機関)の長 様
市町村長 様

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
氏名		性別	男・女
住所	(〒)		
受診者番号			

検査結果

精密検査実施日	平成 年 月 日	
【診断の方法】 <input type="checkbox"/> X線直接撮影 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査(胃カメラその他) <input type="checkbox"/> 組織検査 <input type="checkbox"/> 細胞診 <input type="checkbox"/> 潜血反応 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> その他	【精密検査の結果】 <input type="checkbox"/> 胃がんであった者(転移性を含まない) <input type="checkbox"/> 胃がん(早期) [進行度: <input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> その他()] <input type="checkbox"/> 胃がん(進行)[進行度: <input type="checkbox"/> 不詳] <input type="checkbox"/> 転移性の胃がん <input type="checkbox"/> 胃がんの疑い <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 慢性胃炎 <input type="checkbox"/> その他の良性疾患 <input type="checkbox"/> その他の悪性疾患 <input type="checkbox"/> 胃以外の疾患 <input type="checkbox"/> 異常なし	【部位】 
【診断後の処置】 <input type="checkbox"/> 治療の必要なし <input type="checkbox"/> 内科的治療 <input type="checkbox"/> 経過観察(月後) <input type="checkbox"/> 手術(予定 施行) <input type="checkbox"/> 他院紹介[病院名:] <input type="checkbox"/> その他()		
記載日 平成 年 月 日	医療機関名	医師名

