

〇〇〇市町村 胃がん検診受診票

住所	〒 -	受診者番号	
氏名	フリガナ	検診日	
生年月日 性別	年 月 日 (満 歳) 男 ・ 女	検診機関名	

次の方は受診できません
 消化管閉塞・穿孔またはその疑いのある者 消化管出血や強い腹部症状のある者
 過去の検診でアレルギー症状が出たことがある者 呼吸不全のあるもの 腎不全にて現在透析中もしくは心不全で水分制限を受けている者
 急性心不全や重篤な不整脈などの心疾患がある者 全身状態が悪い者 妊娠中、または妊娠の可能性のある者

次の方は受診の可否について、主治医または立ち合い医師にご相談ください
 腸閉塞、腸捻転、大腸憩室炎の既往 食道・胃の手術または内視鏡を受けて1年以内 定期的に胃内視鏡検査を受けている
 大腸・小腸の手術を受けて1年以内 潰瘍性大腸炎、クローン病で治療中 肝臓・膵臓・胆嚢・婦人科等の手術を受けて6か月以内
 72時間以内に排便がない 過去にバリウム誤嚥あり 日常的に介助が必要 水頭症で脳室-腹腔シャントがある
 ペースメーカーや植込み型除細動器がある 撮影機器の体重制限を超えている(検診スタッフに確認)

胃がん検診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> あり [() 回目 検診最終日(令和 年 月) <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上経過]
前回検診結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査 [精密検査受診日: 年 月頃 結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(病名: ()) <input type="checkbox"/> 未受診]
胃の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [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"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> その他() いつ頃: 年 月から 年 月まで(治療中・治療済・放置)]
胃の手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [病名: () いつ頃: 年 月]
最近の症状	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 胃が痛む(口食後、口空腹時、口常に) <input type="checkbox"/> 背中(胃のうら)が痛む <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> はきけ・嘔吐 <input type="checkbox"/> 食物が胸につかえる <input type="checkbox"/> 胃がもたれる <input type="checkbox"/> おなかがはる <input type="checkbox"/> すっぱい水が出る <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> やせた <input type="checkbox"/> 便秘・下痢 <input type="checkbox"/> 血便(黒色・鮮血) <input type="checkbox"/> その他()
妊娠中・妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
がんの家族歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり[<input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() 部位:()]
嗜好品	たばこ: <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(本/日) 酒: <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(合/日) <input type="checkbox"/> 時々飲む 塩辛いもの: <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> 嫌い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 制限している
体質等	<input type="checkbox"/> がんこな便秘がある <input type="checkbox"/> 食物が飲みにくい。むせやすいことがある <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 心臓病や高血圧で治療の経験がある <input type="checkbox"/> 大腸憩室があると言われたことがある <input type="checkbox"/> 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】	【所見の種類】	【所見の部位】	【所見の種類】
1 穹窿部	1 裂孔ヘルニア	1 穹窿部	1 裂孔ヘルニア
2 噴門部	2 短縮	2 噴門部	2 短縮
3 体部	3 胃角変形	3 体部	3 胃角変形
4 胃角部	4 彎入	4 胃角部	4 彎入
5 前庭部	5 伸展不良	5 前庭部	5 伸展不良
6 幽門部	6 辺縁不整	6 幽門部	6 辺縁不整
7 十二指腸球部	7 辺縁硬直	7 十二指腸球部	7 辺縁硬直
8 食道	8 ニツシェ	8 食道	8 ニツシェ
9 小彎	9 バリウム斑	9 小彎	9 バリウム斑
10 大湾	10 欠損	10 大湾	10 欠損
11 前壁		11 前壁	
12 後壁		12 後壁	
13 全周		13 全周	
	11 アレア異常		11 アレア異常
	12 透亮像		12 透亮像
	13 レリーフ粗大、乱れ		13 レリーフ粗大、乱れ
	14 レリーフ集中		14 レリーフ集中
	15 レリーフ中断、消失		15 レリーフ中断、消失
	16 変形		16 変形
	17 手術胃		17 手術胃
	18 胆石		18 胆石
	19 腎結石		19 腎結石
	20 その他 ()		20 その他 ()

比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変	比較読影(有・無) 経時的变化 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変
第1読影医:(仮) <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 精密検査不要	第2読影医(総合判定医): <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 精密検査不要

総合判定: 精密検査不要 要精密検査