

医療機関用

住所 〇 広島市 区 町 丁目 番 号	☐ 一般 ☐ 後期高齢者医療被保険者証 ☐ 除 70歳以上の方であることを証明書 ☐ 書 被保護者証明書(夜間・休日等受診用) ☐ 類 市民税非課税世帯であることを証明書 ※受診者本人が、次の住所・氏名欄にボールペンで記入してください。 ※医療機関の方は の所は必ず記入してください。
カナ氏名	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳 男・女 (受診年度の3月31日現在で50歳以上の方が対象です。)
漢字氏名	TEL
胃がん検診(内視鏡検査又はX線検査)を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある	
受診券番号	☐ 受診券を忘れた場合のみ記入

胃がん検診(内視鏡検査用)問診票・結果票(A)

【問診票】※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。

※前年度、内視鏡検査を受診された方は、今年度、胃がん検診(X線検査含む)を受診できません。

(1) これまで胃がん(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。 1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. その他のがん (病名)
(2) これまで胃がん以外の胃疾患(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。 1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. 治療中 (病名)
(3) ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。 1. ない 2. ある (歳頃) 3. 治療中
(4) 現在、胸やけ、吐き気など身体の不調の自覚症状がありますか。 1. ない 2. ある (症状)
(5) 現在、狭心症や不整脈など心疾患の治療を受けていますか。 1. ない 2. 治療中 (病名)
(6) 現在、次の病気の治療を受けていますか。 1. ない 2. 高血圧症 3. 緑内障 4. 前立腺肥大症 5. 甲状腺機能亢進症 6. 心疾患
(7) 現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)の服用がありますか。 1. ない 2. ある (薬の種類)
(8) これまで薬に対するアレルギーが出たことがありますか。 1. ない 2. ある (薬の種類)
(9) これまで麻酔を使用した時(歯の治療時など)に身体に不調が生じたことがありますか。 1. ない 2. ある (状態)
(10) 現在、入れ歯の使用がありますか。 1. ない 2. ある
(11) これまで次の鼻の病気にかかったことがありますか。 1. ない 2. 副鼻腔炎 3. 鼻茸 4. アレルギー性鼻炎
(12) これまで鼻腔の手術を受けたことがありますか。 1. ない 2. ある (歳頃)
(13) 現在、たばこを吸っていますか。 1. 吸っていない 2. 過去に吸っていた 3. 吸っている
(14) 家族が胃がん(食道・十二指腸を含む)にかかったことがありますか。 1. ない 2. ある (歳頃 病名) 3. その他のがん (病名)

この検診は、広島市が実施している事業です。

受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

【結果票① 検査医による検査結果】

検査実施日	平成 年 月 日	検査医師名	
検診方法	1. 経口 2. 経鼻		
部位	(1) 1. 食道 2. 胃噴門部 3. 胃穹隆部 4. 胃体部 5. 胃角部 6. 胃前庭部 7. 胃幽門部 8. 十二指腸 9. その他 () (2) 1. 前壁 2. 後壁 3. 小弯 4. 大弯 5. 全周 6. 全体 7. その他 ()		
所見	1. 異常なし 2. 胃炎 3. 胃ポリープ (胃底腺・過形成性) 4. 胃粘膜下腫瘍 5. 胃潰瘍癒痕 6. 胃潰瘍 7. 胃腺腫 8. 胃悪性リンパ腫 9. 胃がん (早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 10. その他の胃疾患 () 11. 食道ポリープ 12. 食道静脈瘤 13. 食道がん (早期の疑い・早期・進行の疑い・進行・深達度不明) 14. その他の食道疾患 () 15. 十二指腸ポリープ 16. 十二指腸潰瘍癒痕 17. 十二指腸潰瘍 18. その他の十二指腸疾患 () 19. 胃・食道・十二指腸以外の疾患 ()		
生検の実施	1. なし 2. あり (結果 Group 1 2 3 4 5 区分不可) (診断名) ※生検部位 () ※生検を実施した場合は、必ず「病理診断報告書(写し)」を添付し、読影依頼してください。		
偶発症有無	1. なし 2. あり ※ありの場合は、「胃がん検診(胃内視鏡検査)偶発症報告書」を提出してください。		
検査医判定	1. 胃がんなし(疾患名) 2. 胃がん (原発性 転移性 早期(粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()		

【結果票② 読影医による読影結果】

読影実施日	平成 年 月 日	読影医師名	
読影医の所見等	※追加病変(部位、所見等)がある場合に記入してください。		
再検査要否	1. なし 2. あり ※ありの場合は、理由(①～③のいずれか)に○を付けてください。 ①画像不鮮明 ②腫瘍性病変の疑い ③その他		
読影医判定	1. 胃がんなし(疾患名) 2. 胃がん (原発性 転移性 早期(粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()		

【結果票③ 総合判定結果】

総合判定	1. 胃がんなし(疾患名) 2. 胃がん (原発性 転移性 早期(粘膜内) 進行) 3. 胃がんの疑い 4. 胃がん以外の悪性病変 ()		
検査後の方針	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要精検 4. 要治療 (内科的治療 内視鏡治療 外科的治療 他院紹介)		
総合判定日	平成 年 月 日	医療機関コード	
検診実施医療機関	所在地 名称 氏名(管理者)		
精密検査実施医療機関	1. 自院で実施 2. 他院を紹介 医療機関名 ()		
健康手帳	1. 交付 2. 再交付 3. 交付済み		

※精密検査を実施した場合は、「精密検査結果連絡票」の提出をお願いします。

※受診者への結果の通知(連絡)〔1.通知済み (年 月 日) 2.次回受診日に通知〕