

奈良県胃がん検診（胃部エックス線検診）実施要領 新旧対照表

改正後	現行
<p style="text-align: center;">奈良県胃がん検診（胃部エックス線検診）実施要領</p> <p>(略)</p> <p>3. 対象者</p> <p>当該市町村の区域内に居住地を有する 50 歳以上の者。<u>なお、受診を特に推奨する者を 50 歳以上 69 歳以下の者とする。対象者のうち、受診を特に推奨する者に該当しない者であっても、受診の機会を提供するよう留意すること。</u>なお、妊娠中の者および妊娠の<u>可能性</u>のある者、過去に造影剤の副作用があった者、当日体調不良の者、検査に耐えうる状態でない者は、放射線障害防止及び安全性の見地から受診させないものとする。</p> <p>(略)</p> <p>5. 実施方法</p> <p>(略)</p> <p>(2) 対象者の把握</p> <p>市町村は、過去の胃がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に努めること。</p> <p>また、検診未受診者ががん検診の発見が多いことから、計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図るものとする。</p> <p>※胃がん検診のためのチェックリスト【市町村用】<u>参照</u></p>	<p style="text-align: center;">奈良県胃がん検診（胃部エックス線検診）実施要領</p> <p>(略)</p> <p>3. 対象者</p> <p>当該市町村の区域内に居住地を有する 50 歳以上の者。なお、妊娠中の者および妊娠の<u>疑い</u>のある者、過去に造影剤の副作用があった者、当日体調不良の者、検査に耐えうる状態でない者は、放射線障害防止及び安全性の見地から受診させないものとする。</p> <p>(略)</p> <p>5. 実施方法</p> <p>(略)</p> <p>(2) 対象者の把握</p> <p>市町村は、過去の胃がん検診結果を踏まえながら、新規対象者の把握に努めること。</p> <p>また、検診未受診者ががん検診の発見が多いことから、計画検診の実施や未受診者に対する受診勧奨等、検診の効率化を図るものとする。</p> <p>※胃がん検診のためのチェックリスト【市町村用】<u>(別添) 1. 検診対</u></p>

<p>(略)</p> <p>7. 精度管理</p> <p>(1) 検診実施機関については、国の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月)。以下「報告書」という。)の「胃がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】」を満たしていることを基本とする。</p> <p>(略)</p> <p>9. 個人情報の保護</p> <p>この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日 法律第57号)」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドランス」(平成29年4月14日付け個情第534号・医政発0414第6号・薬生発0414第1号・老発0414第1号個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医薬・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知)等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。</p>	<p style="text-align: center;"><u>象者参照</u></p> <p>(略)</p> <p>7. 精度管理</p> <p>(1) 検診実施機関については、国の「今後の我が国におけるがん検診事業評価の在り方について」(がん検診事業の評価に関する委員会報告書(平成20年3月)。以下「報告書」という。)の「胃がん検診のためのチェックリスト【検診実施機関用】」<u>(別添)</u>を満たしていることを基本とする。</p> <p>(略)</p> <p>9. 個人情報の保護</p> <p>この検診により業務を担当したすべての関係者は、「個人情報の保護に関する法律(平成15年5月30日 法律第57号)」等の関係法令及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン(平成16年12月24日〔平成18年4月改正、平成22年9月改正〕厚生労働省)」等に留意し、検査結果の取扱い等の秘密保持に努めなければならない。</p>
---	---

(略)

(附則)

この改正後の要領は、令和2年4月1日より施行する。

この改正後の要領は、令和 年 月 日より施行する。

(略)

(附則)

この改正後の要領は、令和2年4月1日より施行する。

様式 2

様式 2 (2枚複写)
 { 様式 2-1 (検診医療機関用)
 様式 2-2 (市町村用)

㊦ 胃がん検診 (X線検診) 票

本枠内に記入またはあてはまる項目に○をつけて、受付へ提出してください。
 (注) 妊娠中または妊娠の疑いのある人は受けられません。

受付番号	検診日	年	月	日	レ線番号
ふりがな	性別	男・女	年	月	日生
氏名	性別	男・女	年	月	日生
住所	TEL	()	()	()	()

1) 今までに胃の検診を受けたことがありますか	ない・ある	検診車で受診(年) 医療機関で受診(年 月) 検診の結果は: 異常なし・精密検査 (その結果: 造影剤(バリウム)で気分が悪くなったことがありますか: あり ない)
2) 今までに胃の病気にかかったことがありますか	ない・ある	1. 胃潰瘍 2. 胃ポリープ 3. 胃炎 4. 胃がん 5. 十二指腸潰瘍 6. その他 () 現在 () の治療中・経過観察中 以前 () の治療(手術)をした(歳の時)
3) 現在服用中の薬で胃に関するもの、痛み止めに関するものがあれば記載してください	ない・ある	()
4-1) ビロリ菌の検査を受けたことがありますか	ない・ある	初回の結果は: 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
4-2) 4-1)で「陽性」の方は、ビロリ菌の除菌療法を受けましたか	ない・ある	最終結果は: 1. () 年前に除菌成功 2. 除菌不成功 3. 除菌未判定 4. 不明
5) 胃以外に病気をされたことがありますか	ない・ある	1. 高血圧 2. 心疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈) 3. 脳卒中(出血・梗塞) 4. 肺疾患(結核・肺炎・肺腫瘍) 5. 肝炎 6. 膵炎 7. 胆石症 8. 腎結石 9. 腸疾患(腸炎・ポリープ) 10. 糖尿病 11. その他 () その病気の治療は: 現在治療中・治療終了 (治療・経過観察中)
6) 胃の痛みがありますか	ない・ある	どんなとき: 1. 空腹時 2. 食後 3. 常に痛む 4. その他 () どのあたりが: 1. みぞおち 2. 右上腹部 3. 左上腹部 4. へそ周辺 5. 下腹部 6. その他 () どのような: 1. 強い 2. 軽い 3. 鈍い 4. その他 ()
7) その他の自覚症状がありますか	ない・ある	1. 胃が重い(もたれる) 2. むねやけ 3. 吐き気 4. 食欲不振 5. おなかがはる 6. やせてきた 7. その他 ()
8) 飲酒の習慣がありますか	ない・ある	1. 毎日(酒 合・ビール 本) () 年間 2. 1週間に()回(酒 合・ビール 本) () 年間
9) 喫煙の習慣がありますか	ない・ある	1. 毎日 本 () 年間 2. ときどき 本 () 年間
10) 血縁関係の方でがんにかかった方があって、血縁を記入ください	ない・ある	父 () (父方) 祖父 () (母方) 祖父 () 母 () 祖母 () 祖母 () 兄弟 () 叔父 () 叔母 () 姉妹 () 叔母 () 叔母 ()

精密検査が必要となった場合の受診予定
 登録医療機関名 _____ 病院(医院) _____
 以下医師記入欄

【検診中/検診後の重篤な偶発症】無・有 (具体的内容:)

※検診中または検診後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要するものに限り)について記載してください。
 (例: 検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎等)

位置	部位	所見	造影体位	診断・指示区分	病名(欄)
<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 上部	<input type="checkbox"/> 陰影欠損	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影(正面位または正面像)	<input type="checkbox"/> 6 消化管外病変: 精密検査 適切な検査法を明記	<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変 <input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変
<input type="checkbox"/> 胃隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	<input type="checkbox"/> 5 悪性(確診): 至急精密検査 <input type="checkbox"/> 4 悪性の可能性(または疑い): 至急精密検査	<input type="checkbox"/> 胃腸下腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性胃炎
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> ニッシュ	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 3 良性、但し、悪性を否定できず: 精密検査 <input type="checkbox"/> 2 良性	<input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃潰瘍
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影(頭低位)	<input type="checkbox"/> 3a. 存在診断または良性: 精密検査 <input type="checkbox"/> 3b. 存在または悪性の診断不確定	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒着 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒着
<input type="checkbox"/> 前腹部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影第一斜位(半臥位)	<input type="checkbox"/> 2a: 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 2b: ()ヶ月後経過観察	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 憩室
<input type="checkbox"/> 胃門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	<input type="checkbox"/> 右側臥位二重造影像	<input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 0 評価困難(追加検査必要)	<input type="checkbox"/> 消化管外病変 <input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	<input type="checkbox"/> 左側臥位二重造影像	<input type="checkbox"/> 0a: X線検査 <input type="checkbox"/> 0b: 内視鏡検査	
<input type="checkbox"/> 消化管外	<input type="checkbox"/> 下行脚	<input type="checkbox"/> ひだ分布縮小	<input type="checkbox"/> 結腸不整		
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 辺縁不整	<input type="checkbox"/> 辺縁硬化		
		<input type="checkbox"/> 変形	<input type="checkbox"/> 造影陰入		
		<input type="checkbox"/> 消化管外病変	<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> ()			

検診機関: _____
 診断医師名: 1. _____ 2. _____

様式 2

様式 2 (2枚複写)
 { 様式 2-1 (検診医療機関用)
 様式 2-2 (市町村用)

㊦ 胃がん検診 (X線検診) 票

本枠内に記入またはあてはまる項目に○をつけて、受付へ提出してください。
 (注) 妊娠中または妊娠の疑いのある人は受けられません。

受付番号	検診日	年	月	日	レ線番号
ふりがな	性別	男・女	大正・昭和	年	月
氏名	性別	男・女	大正・昭和	年	月
住所	TEL	()	()	()	()

1) 今までに胃の検診を受けたことがありますか	ない・ある	検診車で受診(平成 年) 医療機関で受診(平成 年 月) 検診の結果は: 異常なし・精密検査 (その結果: 造影剤(バリウム)で気分が悪くなったことがありますか: あり ない)
2) 今までに胃の病気にかかったことがありますか	ない・ある	1. 胃潰瘍 2. 胃ポリープ 3. 胃炎 4. 胃がん 5. 十二指腸潰瘍 6. その他 () 現在 () の治療中・経過観察中 以前 () の治療(手術)をした(歳の時)
3) 現在服用中の薬で胃に関するもの、痛み止めに関するものがあれば記載してください	ない・ある	()
4-1) ビロリ菌の検査を受けたことがありますか	ない・ある	初回の結果は: 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明
4-2) 4-1)で「陽性」の方は、ビロリ菌の除菌療法を受けましたか	ない・ある	最終結果は: 1. () 年前に除菌成功 2. 除菌不成功 3. 除菌未判定 4. 不明
5) 胃以外に病気をされたことがありますか	ない・ある	1. 高血圧 2. 心疾患(狭心症・心筋梗塞・不整脈) 3. 脳卒中(出血・梗塞) 4. 肺疾患(結核・肺炎・肺腫瘍) 5. 肝炎 6. 膵炎 7. 胆石症 8. 腎結石 9. 腸疾患(腸炎・ポリープ) 10. 糖尿病 11. その他 () その病気の治療は: 現在治療中・治療終了 (治療・経過観察中)
6) 胃の痛みがありますか	ない・ある	どんなとき: 1. 空腹時 2. 食後 3. 常に痛む 4. その他 () どのあたりが: 1. みぞおち 2. 右上腹部 3. 左上腹部 4. へそ周辺 5. 下腹部 6. その他 () どのような: 1. 強い 2. 軽い 3. 鈍い 4. その他 ()
7) その他の自覚症状がありますか	ない・ある	1. 胃が重い(もたれる) 2. むねやけ 3. 吐き気 4. 食欲不振 5. おなかがはる 6. やせてきた 7. その他 ()
8) 飲酒の習慣がありますか	ない・ある	1. 毎日(酒 合・ビール 本) () 年間 2. 1週間に()回(酒 合・ビール 本) () 年間
9) 喫煙の習慣がありますか	ない・ある	1. 毎日 本 () 年間 2. ときどき 本 () 年間
10) 血縁関係の方でがんにかかった方があって、血縁を記入ください	ない・ある	父 () (父方) 祖父 () (母方) 祖父 () 母 () 祖母 () 祖母 () 兄弟 () 叔父 () 叔母 () 姉妹 () 叔母 () 叔母 ()

精密検査が必要となった場合の受診予定
 登録医療機関名 _____ 病院(医院) _____
 以下医師記入欄

【検診中/検診後の重篤な偶発症】無・有 (具体的内容:)

※検診中または検診後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要するものに限り)について記載してください。
 (例: 検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎等)

位置	部位	所見	造影体位	診断・指示区分	病名(欄)
<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 上部	<input type="checkbox"/> 陰影欠損	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影(正面位または正面像)	<input type="checkbox"/> 6 消化管外病変: 精密検査 適切な検査法を明記	<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変 <input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変
<input type="checkbox"/> 胃隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	<input type="checkbox"/> 5 悪性(確診): 至急精密検査 <input type="checkbox"/> 4 悪性の可能性(または疑い): 至急精密検査	<input type="checkbox"/> 胃腸下腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性胃炎
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> ニッシュ	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第一斜位	<input type="checkbox"/> 3 良性、但し、悪性を否定できず: 精密検査 <input type="checkbox"/> 2 良性	<input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃潰瘍
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第二斜位	<input type="checkbox"/> 3a. 存在診断または良性: 精密検査 <input type="checkbox"/> 3b. 存在または悪性の診断不確定	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒着 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒着
<input type="checkbox"/> 前腹部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影(頭低位)	<input type="checkbox"/> 2a: 精密検査不要 <input type="checkbox"/> 2b: ()ヶ月後経過観察	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 憩室
<input type="checkbox"/> 胃門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影第一斜位(半臥位)	<input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 0 評価困難(追加検査必要)	<input type="checkbox"/> 消化管外病変 <input type="checkbox"/> ()
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	<input type="checkbox"/> 右側臥位二重造影像	<input type="checkbox"/> 0a: X線検査 <input type="checkbox"/> 0b: 内視鏡検査	
<input type="checkbox"/> 消化管外	<input type="checkbox"/> 下行脚	<input type="checkbox"/> ひだ分布縮小	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第二斜位		
<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 結腸不整	<input type="checkbox"/> 結腸不整		
		<input type="checkbox"/> 辺縁不整	<input type="checkbox"/> 辺縁硬化		
		<input type="checkbox"/> 変形	<input type="checkbox"/> 造影陰入		
		<input type="checkbox"/> 消化管外病変	<input type="checkbox"/> ()		
		<input type="checkbox"/> ()			

検診機関: _____
 診断医師名: 1. _____ 2. _____

様式3

様式3(3枚複写)
 様式3-1(精密医療機関)
 様式3-2(検診機関用)
 様式3-3(市町村用)

(注意)精検予約日を2週間経過しても
 未受診の場合は、返送してください。

㊤ 胃がん検診(X線検診)確定診断票

精密検査医療機関 殿

検査機関名
 TEL

下記の方は、胃部X線検査の結果、精密検査となりましたので、ご高診下さるようお願いいたします。なお、お手数をおかけいたしますが、様式3-2および3-3を検診機関にご返送下さるよう重ねてお願い申し上げます。

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年 月日	年 月 日 満 歳
住所		電話番号:	

所見			診断・指示区分		
位置	部位	異常所見			
<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 上部	<input type="checkbox"/> 陰影欠損	<input type="checkbox"/> 0:評価困難:追加検査(a:X線検査 b:内視鏡検査)		
<input type="checkbox"/> 穹隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	<input type="checkbox"/> 1:異常なし:精査不要		
<input type="checkbox"/> 噴門部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	<input type="checkbox"/> 2a:良性:精査不要		
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ニッシュ	<input type="checkbox"/> 2b:良性:要経過観察()ヵ月後再検査		
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 3a:精密検査:存在診断確実または良性でも治療必要		
<input type="checkbox"/> 前庭部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	<input type="checkbox"/> 3b:精密検査:存在または質的診断不確実		
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	<input type="checkbox"/> 4:悪性の可能性(または疑い):至急精密検査		
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	<input type="checkbox"/> 5:悪性(確診):至急精密検査		
<input type="checkbox"/> 消化管外	<input type="checkbox"/> 下行脚	<input type="checkbox"/> ひだ分布縮小	<input type="checkbox"/> 6:消化管外病変:精密検査(適切な検査名:)		
<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()			所見(疑)		
<input type="checkbox"/> 粘膜不整		<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変	<input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	
<input type="checkbox"/> 辺縁不整		<input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変	<input type="checkbox"/> 胃ポリープ	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕	
<input type="checkbox"/> 辺縁硬化		<input type="checkbox"/> 胃粘膜炎	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア	
<input type="checkbox"/> 辺縁陥入		<input type="checkbox"/> 慢性胃炎	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕	<input type="checkbox"/> () 憩室	
<input type="checkbox"/> 変形		<input type="checkbox"/> 消化管外病変	<input type="checkbox"/> 静脈瘤	<input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> 消化管外病変		<input type="checkbox"/> ()			

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

【上部消化管内視鏡検査】		施行年月日: 年 月 日	
主要所見(スケッチ)		施行医療機関名:	
		生検結果Group 1 2 3 4 5	
		診断名 1	
		2	
【精検中/精検後の重篤な偶発症】 無・有 (具体的な内容:) <small>※精検中または精検後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る)について記載してください。 (例:前投薬起因性ショック、消化管出血、(輸血や手術を要する程度)、消化管穿孔、腹膜炎等)</small>			
【確定診断】 1. 異常なし 2. 胃がん 推定深達度早期(粘膜内 粘膜下層)・進行・深達度不明 3. 胃がん以外の悪性腫瘍(リンパ腫・GIST・転移性腫瘍・その他) 4. 胃腸腫 5. 悪性以外の疾患 6. 胃がんの疑いのある者または未確認 7. 胃以外の悪性病変であった者(咽喉頭がん・食道がん・十二指腸がん・十二指腸リンパ腫・その他)			
【事後管理区分】 1. 異常なし 2. 経過観察 3. 通院治療 4. 精検継続 5. 入院治療			
治療(手術)依頼医療機関名:		病院(医院) 診療科:	
記載年月日: 年 月 日		医療機関名: 医師名:	

※地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(平成29年4月14日付情報第534号・医政発0414第6号・業生発0414第1号・老発0414第1号)個人情報保護委員会事務局長、厚生労働省医政局長、厚生労働省医業・生活衛生局長、厚生労働省老健局長通知)において、本人の同意を得る必要はないとされています。

様式3

様式3(3枚複写)
 様式3-1(精密医療機関)
 様式3-2(検診機関用)
 様式3-3(市町村用)

(注意)精検予約日を2週間経過しても
 未受診の場合は、返送してください。

㊤ 胃がん検診(X線検診)確定診断票

精密検査医療機関 殿

検査機関名
 TEL

下記の方は、胃部X線検査の結果、精密検査となりましたので、ご高診下さるようお願いいたします。なお、お手数をおかけいたしますが、様式3-2および3-3を検診機関にご返送下さるよう重ねてお願い申し上げます。

ふりがな 氏名	性別 男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日 満 歳
住所		電話番号:	

所見			診断・指示区分		
位置	部位	異常所見			
<input type="checkbox"/> 食道	<input type="checkbox"/> 上部	<input type="checkbox"/> 陰影欠損	<input type="checkbox"/> 0:評価困難:追加検査(a:X線検査 b:内視鏡検査)		
<input type="checkbox"/> 穹隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	<input type="checkbox"/> 1:異常なし:精査不要		
<input type="checkbox"/> 噴門部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	<input type="checkbox"/> 2a:良性:精査不要		
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ニッシュ	<input type="checkbox"/> 2b:良性:要経過観察()ヵ月後再検査		
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 3a:精密検査:存在診断確実または良性でも治療必要		
<input type="checkbox"/> 前庭部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	<input type="checkbox"/> 3b:精密検査:存在または質的診断不確実		
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	<input type="checkbox"/> 4:悪性の可能性(または疑い):至急精密検査		
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	<input type="checkbox"/> 5:悪性(確診):至急精密検査		
<input type="checkbox"/> 消化管外	<input type="checkbox"/> 下行脚	<input type="checkbox"/> ひだ分布縮小	<input type="checkbox"/> 6:消化管外病変:精密検査(適切な検査名:)		
<input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()			所見(疑)		
<input type="checkbox"/> 粘膜不整		<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変	<input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	
<input type="checkbox"/> 辺縁不整		<input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変	<input type="checkbox"/> 胃ポリープ	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕	
<input type="checkbox"/> 辺縁硬化		<input type="checkbox"/> 胃粘膜炎	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア	
<input type="checkbox"/> 辺縁陥入		<input type="checkbox"/> 慢性胃炎	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕	<input type="checkbox"/> () 憩室	
<input type="checkbox"/> 変形		<input type="checkbox"/> 消化管外病変	<input type="checkbox"/> 静脈瘤	<input type="checkbox"/> ()	
<input type="checkbox"/> 消化管外病変		<input type="checkbox"/> ()			

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

【上部消化管内視鏡検査】		施行年月日: 年 月 日	
主要所見(スケッチ)		施行医療機関名:	
		生検結果Group 1 2 3 4 5	
		診断名 1	
		2	
【精検中/精検後の重篤な偶発症】 無・有 (具体的な内容:) <small>※精検中または精検後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要する者に限る)について記載してください。 (例:前投薬起因性ショック、消化管出血、(輸血や手術を要する程度)、消化管穿孔、腹膜炎等)</small>			
【確定診断】 1. 異常なし 2. 胃がん 推定深達度早期(粘膜内 粘膜下層)・進行・深達度不明 3. 胃がん以外の悪性腫瘍(リンパ腫・GIST・転移性腫瘍・その他) 4. 胃腸腫 5. 悪性以外の疾患 6. 胃がんの疑いのある者または未確認 7. 胃以外の悪性病変であった者(咽喉頭がん・食道がん・十二指腸がん・十二指腸リンパ腫・その他)			
【事後管理区分】 1. 異常なし 2. 経過観察 3. 通院治療 4. 精検継続 5. 入院治療			
治療(手術)依頼医療機関名:		病院(医院) 診療科:	
記載年月日: 年 月 日		医療機関名: 医師名:	

※地方公共団体への精密検査の結果の情報提供は、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(平成22年9月17日)厚生労働省)において、本人の同意を得る必要はないとされています。

様式 5

※個別検診における検診表は様式5、様式6-1
様式6-2、様式7の4枚複写を1セット

様式 5 胃がん検診(X線検診) 受診票

受付番号			
ふりがな			男・女
氏名			年 月 日 生 満 歳
あなたの住所 電話番号	電話 ()		

上記の者の胃がん検診(X線検診)を依頼します。

検診実施機関の長 殿

実施市町村
所在地
市町村長名

受診される方は次のことに注意して下さい。

1. この受診票は、本人以外は使用できません。
2. 次頁の胃がん検診(X線検診)票(兼)結果票に記入の上、この受診票に 円を添えて受診する医療機関の窓口へ提出して下さい。
3. 受診の際は、健康手帳を持参して下さい。
4. 受診結果については、受診された医療機関でお聞き下さい。
5. 受診の結果、精密検査または治療がある場合は、健康保険証を必要としますので、持参して下さい。
6. 有効期限内に受診して下さい。

有効期限	年 月 末
------	-------

胃がん検診(X線検診)受診者の心得

1. 受診の前日の夕夜は軽く食べて、夜8時以降は水以外は口にしないで下さい。
2. 受診当日の朝食は絶食で、食事・水・タバコ・その他は口にしないようにして下さい。
3. その他受診を希望する医療機関と十分に相談の上受診下さい。

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

様式 5

※個別検診における検診表は様式5、様式6-1
様式6-2、様式7の4枚複写を1セット

様式 5 胃がん検診(X線検診) 受診票

受付番号			
ふりがな			男・女
氏名			明 大 昭 年 月 日 生 満 歳
あなたの住所 電話番号	電話 ()		

上記の者の胃がん検診(X線検診)を依頼します。

検診実施機関の長 殿

実施市町村
所在地
市町村長名

受診される方は次のことに注意して下さい。

1. この受診票は、本人以外は使用できません。
2. 次頁の胃がん検診(X線検診)票(兼)結果票に記入の上、この受診票に 円を添えて受診する医療機関の窓口へ提出して下さい。
3. 受診の際は、健康手帳を持参して下さい。
4. 受診結果については、受診された医療機関でお聞き下さい。
5. 受診の結果、精密検査または治療がある場合は、健康保険証を必要としますので、持参して下さい。
6. 有効期限内に受診して下さい。

有効期限	年 月 末
------	-------

胃がん検診(X線検診)受診者の心得

1. 受診の前日の夕夜は軽く食べて、夜8時以降は水以外は口にしないで下さい。
2. 受診当日の朝食は絶食で、食事・水・タバコ・その他は口にしないようにして下さい。
3. その他受診を希望する医療機関と十分に相談の上受診下さい。

破線の下に下敷きを入れて記入してください。

様式 6

様式 6 (2枚様式)
様式 6-1 (検診医療機関用)
様式 6-2 (市町村用)

胃がん検診 (X線検診) (兼) 結果票

本枠内に記入またはあてはまる項目に○をつけて、受付へ提出してください。
(注) 妊娠中または妊娠の疑いのある人は受けられません。

Form with fields for recipient name, date, sex, age, and various medical history questions (1-10) regarding stomach health and symptoms.

精密検査が必要となった場合の受診予定
登録医療機関名

以下医師記入欄

【検診中/検診後の重篤な偶発症】無・有 (具体的内容:)

※検診中または検診後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要するものに限る) について記載してください。
(例: 検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎等)

Detailed medical examination checklist with categories: 位置 (Position), 部位 (Site), 所見 (Findings), 撮影体位 (Imaging Position), 診断・指示区分 (Diagnosis/Indication), 病名 (病) (Disease Name).

検診機関住所:
検診医療機関名:
診断医師名:
TEL:
診断医師名:

様式 6

様式 6 (2枚様式)
様式 6-1 (検診医療機関用)
様式 6-2 (市町村用)

胃がん検診 (X線検診) (兼) 結果票

本枠内に記入またはあてはまる項目に○をつけて、受付へ提出してください。
(注) 妊娠中または妊娠の疑いのある人は受けられません。

Form with fields for recipient name, date, sex, age, and various medical history questions (1-10) regarding stomach health and symptoms.

精密検査が必要となった場合の受診予定
登録医療機関名

以下医師記入欄

【検診中/検診後の重篤な偶発症】無・有 (具体的内容:)

※検診中または検診後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症 (入院を要するものに限る) について記載してください。
(例: 検査中の転倒による骨折、バリウム起因性ショック、検査後のイレウス、腹膜炎等)

Detailed medical examination checklist with categories: 位置 (Position), 部位 (Site), 所見 (Findings), 撮影体位 (Imaging Position), 診断・指示区分 (Diagnosis/Indication), 病名 (病) (Disease Name).

検診機関住所:
検診医療機関名:
診断医師名:
TEL:
診断医師名:

様式 7

様式7 (市町村用)

胃がん検診(X線検診)委託料請求書

受付番号					
フリガナ				男	
氏名		年 月 日生	満 歳	・	女
あなたの住 所 電話番号	電話 ()				

金 円也

但し、上記受診者の胃がん検診(X線検診)費用として請求します。

年 月 日

市町村名

殿

検査医療機関の住所	
電話	
検査医療機関名	
診断医師名	診断医師名

様式 7

様式7 (市町村用)

胃がん検診(X線検診)委託料請求書

受付番号					
フリガナ				明 大 昭	男
氏名		年 月 日生	満 歳	・	女
あなたの住 所 電話番号	電話 ()				

金 円也

但し、上記受診者の胃がん検診(X線検診)費用として請求します。

年 月 日

市町村名

殿

検査医療機関の住所	
電話	
検査医療機関名	
診断医師名	診断医師名

