

(検診実施機関用) 松江市 胃がん検診記録票(胃内視鏡検査)

【受診者の方へ】 太枠内をご記入ください。
※「個人情報について」及び別添同意書を必ずお読みください。

胃内視鏡検査は50歳以上(年度末年齢)の人が対象です。

ID		市受付No.	
住 所	アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。 松江市	医療機関 コード	
フリガナ		受診券No.	
氏 名	(男・女)	検診日	西暦 年 月 日
生年月日	T・S 年 月 日 (歳)	自己負担	
電 話		あり	1. 2,000円 なし 2. 節目年齢(50歳以上で5歳刻み) 3. 非課税世帯 4. 生活保護 5. 福祉医療 6. 被爆者健康手帳
問 診 票			
1. 以下の病気について現在治療中あるいは以前かかったことがあれば当てはまる番号すべてに○をつけてください。 1) 心臓病 2) 緑内障またはその疑い 3) 甲状腺機能亢進症 4) 前立腺肥大症(男性のみ) 5) B型肝炎 6) C型肝炎			
2. ワーファリン、パナルジン、バファリンなどの抗血栓薬を内服中ですか?		はい	いいえ わからない
3. 今までにバリウムまたは胃カメラ検査を受けたことがありますか?(市の検診以外の検査も含む)		ある	ない わからない
①『ある』の方は直近でいつごろ受けられましたか? 該当の番号に○をして下さい。 1) 1年前 2) 2~3年前 3) 4年以上前 4) 覚えていない			
②『ある』の方は、どのような形で受けられましたか? 該当の番号に○をして下さい。 1) 松江市の胃がん検診 2) その他の検診(ドック等) 3) 治療等、検診以外			
4. 胃の検査前の注射で気分が悪くなったことがありますか?		ある	ない わからない
5. 過去に麻酔で気分が悪くなったことがありますか?		ある	ない わからない
6. キシロカイン(のどの麻酔)にアレルギーがありますか?		ある	ない わからない
7. 食道・胃・十二指腸の異常を指摘されたり治療を受けたことがありますか?		ある	ない わからない
『ある』の方は、該当の番号すべてに○をして下さい。 1) 胃十二指腸潰瘍 2) 胃ポリープ 3) 食道炎 4) 胃炎 5) その他()			
8. 胃の手術を受けたことがありますか?		ある	ない
9. 最近、胃の症状がありますか?		ある	ない
『ある』の方は、該当の番号すべてに○をして下さい。 1) 胃の痛み 2) 胃もたれ 3) はきけ 4) 胸やけ 5) 食欲不振 6) 胃の膨満感			
10. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか?		ある	ない わからない
『ある』の方のみ、該当に○をして下さい。 ピロリ菌検査の結果: 1) 陰性 2) 陽性 3) わからない			
『陽性』の方は、該当に○をして下さい。 除菌治療の有無: 1) 除菌治療した 2) 除菌治療はしていない 3) わからない			
(除菌できた ・ 除菌できなかった ・ わからない)			
11. 胃カメラの検査で異常が疑われた場合、精密検査(生検: 粘膜の一部を採取し、顕微鏡で詳しく調べる)が必要になる場合があります。その場合精密検査をお受けになりますか? ※精密検査は保険診療となり別途料金が発生します。		必要なら 受ける	受けない
個人情報について	この検診は松江市が健康増進法に基づき医療機関に委託して実施している検診です。検診結果(精密検査の結果も含む)は、松江市に報告されます。検診結果及び精密検査に関することについて検診受診機関から連絡をさせていただく場合があります。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び検診データについては、個人情報の保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用いたします。		

★★★市が行う胃がん検診は国の指針により2年に1回です。★★★

検査医所見	下記診断名に○印の上、右()には、形状・部位等記入をお願いします。			
	1. 異常なし			
	2. 胃がん【□疑い】 【□早期 □進行】()			
	3. 胃非上皮性腫瘍【□疑い】 【□良性 □悪性】()			
読影医所見	4. 胃ポリープ【□胃底腺 □過形成】()			
	5. 胃腺腫()			
	6. 胃潰瘍【□活動性 □癒痕】()			
	7. 慢性胃炎(萎縮性胃炎を含む)()			
	8. 十二指腸潰瘍【□活動性 □癒痕】()			
	9. 逆流性食道炎()			
	10. その他()			
	方 法		□ 経口 □ 経鼻	□ 無 □ 有(部位:)
	ピロリ菌		□ 陰性 □ 陽性 □ 除菌後 □ 不明	組織診(結果)
	背景胃粘膜の萎縮		□ なし □ 軽度 □ 中等度 □ 高度	
(備考)		検査医師名		
□ 上記検査医と診断同じ □ 上記検査医と診断が異なる(下記へ所見を記入)				
下記診断名に○印の上、右()には、形状・部位等記入をお願いします。				
1. 異常なし				
2. 胃がん【□疑い】 【□早期 □進行】()				
3. 胃非上皮性腫瘍【□疑い】 【□良性 □悪性】()				
4. 胃ポリープ【□胃底腺 □過形成】()				
5. 胃腺腫()				
6. 胃潰瘍【□活動性 □癒痕】()				
7. 慢性胃炎(萎縮性胃炎を含む)()				
8. 十二指腸潰瘍【□活動性 □癒痕】()				
9. 逆流性食道炎()				
10. その他()				
(備考)				
背景胃粘膜の萎縮		□ なし □ 軽度 □ 中等度 □ 高度	読影医師名(1名でも可)	
			①	
			②	
判 定				
1. 現在のところ異常ありません。				
2. 軽度の所見を認めますが、今のところ問題ありません。				
3. 要観察 経過観察が必要な所見を認めます。()ヵ月後に受診しましょう。				
4. 要精密検査 A 精密検査を行った結果、異常ありませんでしたが、今後も定期的な検査は必要です。 B 診断を確定するために詳しい検査が必要です。紹介状と保険証を持参し、早めに受診しましょう。				
5. 要治療 治療が必要です。医療機関で治療を受けましょう。				
最終診断(主治医が記入してください)		検診機関名		

(松江市用)

松江市 胃がん検診記録票(胃内視鏡検査)

【受診者の方へ】太枠内をご記入ください。

※「個人情報について」及び別添同意書を必ずお読みください。

住 所		アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。		ID		市受付No.	
松江市							
フリガナ				医療機関コード			
氏 名		(男・女)		受診券No.			
生年月日		T・S 年 月 日 (歳)		検診日		西暦 年 月 日	
電 話				自己負担			
				あり		1. 2,000円 なし	
						2. 節目年齢 (50歳以上で5歳刻み)	
						3. 非課税世帯 4. 生活保護	
						5. 福祉医療 6. 被爆者健康手帳	

問 診 票

1. 以下の病気について現在治療中あるいは以前かかったことがあれば当てはまる番号すべてに○をつけてください。

- 1) 心臓病 2) 緑内障またはその疑い 3) 甲状腺機能亢進症 4) 前立腺肥大症(男性のみ)
5) B型肝炎 6) C型肝炎

2. ワーファリン、パナルジン、バファリンなどの抗血栓薬を内服中ですか？

はい いいえ わからない

3. 今までにバリウムまたは胃カメラ検査を受けたことがありますか？(市の検診以外の検査も含む)

ある ない わからない

①『ある』の方は直近でいつごろ受けられましたか？該当の番号に○をして下さい。

- 1) 1年前 2) 2～3年前 3) 4年以上前 4) 覚えていない

②『ある』の方は、どのような形で受けられましたか？該当の番号に○をして下さい。

- 1) 松江市の胃がん検診 2) その他の検診(ドック等) 3) 治療等、検診以外

4. 胃の検査前の注射で気分が悪くなったことがありますか？

ある ない わからない

5. 過去に麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

ある ない わからない

6. キシロカイン(のどの麻酔)にアレルギーがありますか？

ある ない わからない

7. 食道・胃・十二指腸の異常を指摘されたり治療を受けたことがありますか？

ある ない わからない

『ある』の方は、該当の番号すべてに○をして下さい。

- 1) 胃十二指腸潰瘍 2) 胃ポリープ 3) 食道炎 4) 胃炎 5) その他()

8. 胃の手術を受けたことがありますか？

ある ない

9. 最近、胃の症状がありますか？

ある ない

『ある』の方は、該当の番号すべてに○をして下さい。

- 1) 胃の痛み 2) 胃もたれ 3) はきけ 4) 胸やけ 5) 食欲不振 6) 胃の膨満感

10. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

ある ない わからない

『ある』の方のみ、該当に○をして下さい。

ピロリ菌検査の結果: 1) 陰性 2) 陽性 3) わからない

『陽性』の方は、該当に○をして下さい。

除菌治療の有無: 1) 除菌治療した 2) 除菌治療はしていない 3) わからない

(除菌できた ・ 除菌できなかった ・ わからない)

11. 胃カメラの検査で異常が疑われた場合、精密検査(生検: 粘膜の一部を採取し、顕微鏡で詳しく調べる)が必要になる場合があります。その場合精密検査をお受けになりますか？
※精密検査は保険診療となり別途料金が発生します。

必要なら
受ける

受けない

個人情報について この検診は松江市が健康増進法に基づき医療機関に委託して実施している検診です。検診結果(精密検査の結果も含む)は、松江市に報告されます。検診結果及び精密検査に関する検診受診機関から連絡をさせていただく場合があります。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び検診データについては、個人情報の保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用いたします。

★★★市が行う胃がん検診は国の指針により2年に1回です。★★★

検 査 医 所 見	下記診断名に○印の上、右()には、形状・部位等記入をお願いします。						
	1. 異常なし						
	2. 胃がん【□疑い】【□早期 □進行】()						
	3. 胃非上皮性腫瘍【□疑い】【□良性 □悪性】()						
	4. 胃ポリープ【□胃底腺 □過形成】()						
	5. 胃腺腫()						
	6. 胃潰瘍【□活動性 □瘢痕】()						
	7. 慢性胃炎(萎縮性胃炎を含む)()						
	8. 十二指腸潰瘍【□活動性 □瘢痕】()						
	9. 逆流性食道炎()						
10. その他()							
方 法		□ 経口 □ 経鼻		組 織 診 (結果)	□無 □有(部位:)		
ピロリ菌		□陰性 □陽性 □除菌後 □不明					
背景胃粘膜の萎縮		□なし □軽度 □中等度 □高度					
(備考)				検査医師名			
読 影 医 所 見	□ 上記検査医と診断同じ □ 上記検査医と診断が異なる(下記へ所見を記入)						
	下記診断名に○印の上、右()には、形状・部位等記入をお願いします。						
	1. 異常なし						
	2. 胃がん【□疑い】【□早期 □進行】()						
	3. 胃非上皮性腫瘍【□疑い】【□良性 □悪性】()						
	4. 胃ポリープ【□胃底腺 □過形成】()						
	5. 胃腺腫()						
	6. 胃潰瘍【□活動性 □瘢痕】()						
	7. 慢性胃炎(萎縮性胃炎を含む)()						
	8. 十二指腸潰瘍【□活動性 □瘢痕】()						
9. 逆流性食道炎()							
10. その他()							
(備考)							
背景胃粘膜の萎縮		□なし □軽度 □中等度 □高度		読影医師名(1名でも可)		①	
						②	
判 定							
1. 現在のところ異常ありません。							
2. 軽度の所見を認めますが、今のところ問題ありません。							
3. 要観察 経過観察が必要な所見を認めます。()ヵ月後に受診しましょう。							
4. 要精密検査 A 精密検査を行った結果、異常ありませんでしたが、今後も定期的な検査は必要です。 B 診断を確定するために詳しい検査が必要です。紹介状と保険証を持参し、早めに受診しましょう。							
5. 要治療 治療が必要です。医療機関で治療を受けましょう。							
最終診断(主治医が記入してください)					検診機関名		

(本人用)

松江市 胃がん検診結果通知票(胃内視鏡検査)

【受診者の方へ】太枠内をご記入ください。
※「個人情報について」及び別添同意書を必ずお読みください。

ID		市受付No.	
住 所	アパート・マンション名、部屋番号までご記入ください。 松江市	医療機関 コード	
フリガナ		受診券No.	
氏 名	(男・女)	検診日	西暦 年 月 日
生年月日	T・S 年 月 日 (歳)	自己負担	
電 話		あり	1. 2,000円 なし 2. 節目年齢(50歳以上で5歳刻み) 3. 非課税世帯 4. 生活保護 5. 福祉医療 6. 被爆者健康手帳

問 診 票			
1. 以下の病気について現在治療中あるいは以前かかったことがあれば当てはまる番号すべてに○をつけてください。 1) 心臓病 2) 緑内障またはその疑い 3) 甲状腺機能亢進症 4) 前立腺肥大症(男性のみ) 5) B型肝炎 6) C型肝炎			
2. ワーファリン、パナルジン、バファリンなどの抗血栓薬を内服中ですか?	はい	いいえ	わからない
3. 今までにバリウムまたは胃カメラ検査を受けたことがありますか?(市の検診以外の検査も含む)	ある	ない	わからない
①『ある』の方は直近でいつごろ受けられましたか? 該当の番号に○をして下さい。 1) 1年前 2) 2~3年前 3) 4年以上前 4) 覚えていない			
②『ある』の方は、どのような形で受けられましたか? 該当の番号に○をして下さい。 1) 松江市の胃がん検診 2) その他の検診(ドック等) 3) 治療等、検診以外			
4. 胃の検査前の注射で気分が悪くなったことがありますか?	ある	ない	わからない
5. 過去に麻酔で気分が悪くなったことがありますか?	ある	ない	わからない
6. キシロカイン(のどの麻酔)にアレルギーがありますか?	ある	ない	わからない
7. 食道・胃・十二指腸の異常を指摘されたり治療を受けたことがありますか?	ある	ない	わからない
『ある』の方は、該当の番号すべてに○をして下さい。 1) 胃十二指腸潰瘍 2) 胃ポリープ 3) 食道炎 4) 胃炎 5) その他()			
8. 胃の手術を受けたことがありますか?	ある	ない	
9. 最近、胃の症状がありますか?	ある	ない	
『ある』の方は、該当の番号すべてに○をして下さい。 1) 胃の痛み 2) 胃もたれ 3) はきけ 4) 胸やけ 5) 食欲不振 6) 胃の膨満感			
10. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか?	ある	ない	わからない
『ある』の方のみ、該当に○をして下さい。 ピロリ菌検査の結果: 1) 陰性 2) 陽性 3) わからない			
『陽性』の方は、該当に○をして下さい。 除菌治療の有無: 1) 除菌治療した 2) 除菌治療はしていない 3) わからない			
(除菌できた ・ 除菌できなかった ・ わからない)			
11. 胃カメラの検査で異常が疑われた場合、精密検査(生検: 粘膜の一部を採取し、顕微鏡で詳しく調べる)が必要になる場合があります。その場合精密検査をお受けになりますか? ※精密検査は保険診療となり別途料金が発生します。	必要なら 受ける	受けない	

個人情報について	この検診は松江市が健康増進法に基づき医療機関に委託して実施している検診です。検診結果(精密検査の結果も含む)は、松江市に報告されます。検診結果及び精密検査に関することについて検診受診機関から連絡をさせていただく場合があります。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び検診データについては、個人情報の保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用いたします。
----------	--

★★★市が行う胃がん検診は国の指針により2年に1回です。★★★

あなたが受診された、
胃がん検診(胃内視鏡検査)の結果は、
下記の通りでした。



※検査結果についてご不明な点が
ありましたら、受診された医療機関に
おたずねください。



判 定	
1. 現在のところ異常ありません。 2. 軽度の所見を認めますが、今のところ問題ありません。 3. 要観察 経過観察が必要な所見を認めます。()ヵ月後に受診しましょう。 4. 要精密検査 A 精密検査を行った結果、異常ありませんでしたが、今後も定期的な検査は必要です。 B 診断を確定するために詳しい検査が必要です。紹介状と保険証を持参し、早めに受診しましょう。 5. 要治療 治療が必要です。医療機関で治療を受けましょう。	
最終診断 (主治医が記入してください)	検診機関名