（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　　該当の番号に○をしてください。

1. 胃がん検診を受けたことがある方は、もっとも最近の検査についてお知らせください。
　① どちらで受けましたか？
　　1）松江市の胃がん検診　　2）職場　　3）人間ドック　　4）その他（　　）
　② 検査の方法
　　1）胃X線検査（バリウム）　　2）胃内視鏡検査（胃カメラ）　　3）血液検査（ペプシノゲン検査・ピロリ菌検査）
　③ 検診の時期
　　1）1年前　　2）2年前　　3）3年前　　4）4年以上前

2. 胃がんにかかったことはありますか？
　1）いいえ　　2）はい（　　年または　　歳のとき）

3. 現在、胃の病気で治療をしていますか？
　1）いいえ　　2）はい（病名　　）

4. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？
　1）はい（　　年または　　歳のとき）　　2）いいえ　　3）わからない
　⇒「はい」の方のみ、ピロリ菌検査の結果を教えてください。　1）陰性　　2）陽性　　3）わからない
　⇒「陽性」の方のみ、除菌治療の有無を教えてください。　1）除菌治療した　　2）除菌治療はしていない　　3）わからない
　⇒「除菌治療した」方のみ、除菌治療の結果を教えてください。　1）除菌できた　　2）除菌できなかった　　3）わからない

5. 過去に麻酔で気分が悪くなったり、キシロカイン（咽頭や鼻の麻酔に使用）でアレルギー反応を起こしたことがありますか？
　1）いいえ　　2）はい（具体的に記載してください。　　）

6. キシロカイン以外の薬剤アレルギーはありますか？
　1）いいえ　　2）はい（薬の種類：　　）

7. 抗血栓薬・抗凝固薬（血液を固まりにくくする薬）を服用していますか？
　1）いいえ　　2）はい（薬の種類：　　）

8. 現在、抗血栓薬・抗凝固薬以外で、服用中の薬を教えてください。
　〔　　〕

9. 下記の病気の既往歴・治療歴、また、妊娠の可能性がありますか？
　1）緑内障　　2）前立腺肥大症　　3）甲状腺機能亢進症　　4）心疾患　　5）咽喉頭、食道、胃・十二指腸疾患
　6）妊娠の可能性（女性のみ）

10. 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。
　1）必要なら受ける　　2）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】（　　）
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	□無　□有（部位：　　）
ピロリ菌	□陰性　□陽性　□除菌後　□不明		（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	

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さらに詳しい検査が必要です。紹介状を持参し、早めに精密検査実施医療機関を受診しましょう。
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

（2026.4）