

# 奈良県胃がん検診（胃部エックス線検診）実施要領

## 1. 目的

胃がんは、奈良県で多くみられるがんで、これを早期に発見し早期治療に結びつけることは、胃がんの予防対策上、重要な課題である。市町村は胃がんの早期発見、早期治療のために胃がん検診を積極的に実施し胃がんの正しい知識の普及を図り、住民の健康水準の向上に寄与するものとする。

## 2. 実施主体

実施主体は、市町村とする。

市町村は、医師会、検査機関、保健所、その他関係機関の協力を得て実施するものとする。

## 3. 対象者

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、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。なお、妊娠中の者および妊娠の可能性のある者、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。（※ショック、気分不快、アレルギー、誤嚥等）

但し、当面の間、40歳以上の対象者への年1回の胃部エックス線検査は継続してもよい。

## 4. 検診項目及び各検診項目における留意点

検診項目は、(1)問診、(2)胃部エックス線検査とする。

(1)問診は、現在の病状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

(2)胃部エックス線検査は、間接撮影、直接撮影、デジタル方式のいずれも可とする。

間接撮影は、10×10cm以上のフィルムを用い、撮影方法は、被曝線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。撮影枚数は最低8枚とする。

撮影の体位及び方法は、日本消化器がん検診学会によるマニュアル等に準拠する。検査の施行に当たっては、検査機器の定期的な保守を行い、造影剤の濃度・量などを適切に管理し、副作用の発現に注意し、検査中の受診者の様子には万全の注意を払い、安全性の確保に努めなければならない。

(3)胃部エックス線検査における診断区分・指示区分及び事後管理区分

この要領において、「診断区分・指示区分」は次のとおりとする。

0 評価困難：病変存在の判定が困難

(追加検査必要、0a:X線検査、0b:内視鏡検査)

1 異常なし：精密検査不要

2 良性：2a:精密検査不要、2b:( )ヶ月後経過観察\*

※2bの( )内は医師の判断によるが、6ヶ月または12ヶ月を基本とする。

3 良性、但し悪性を否定できず：精密検査 ただし、以下に亜分類する。

3a：病変存在は確実でほぼ良性であるが、悪性を否定できない（良性でも治療を

要すると考えられるものを含む)

3 b : 悪性の可能性があるが、病変存在の判定または質的診断が不確実である。

- 4 悪性の可能性（または疑い）：至急精密検査
- 5 悪性（確定診断）：至急精密検査
- 6 胃以外の病変（または疑い）：精密検査必要（適切な検査法を明記）

この要領において、「事後管理区分」は次のとおりとする。

- A : 著変なし：著しい異常を認めないもの
- B : 経過観察：異常を認めるが、治療が必要でないもの
- C : 通院治療：治療を要すると判断されるもの
- D : 精検継続：疾病を認め、悪性化の判定のためさらに追加検査を要するもの
- E : 入院治療：悪性その他の理由で、高度な治療を要するもの

## 5. 実施方法

### (1) 事前準備

市町村は、あらかじめその地域の胃がん発見の現状や対象者の把握を図り、所轄保健所、地区医師会、検査機関等と十分連携を図るものとする。

### (2) 対象者の把握

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。また、検診未受診者にがん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。

※胃がん検診のためのチェックリスト【市町村用】参照

### (3) 検診の場所

医師の指導および管理のもとに、あらかじめ市町村の指定する場所で行う。

### (4) 実施方法

実施方法は、集団検診方式と個別検診方式とする。

## 6. 検診方法

### (1) 集団検診方式

#### ア. 受診票の交付

市町村は、胃がん検診を希望する者に集団検診方式、個別検診方式の趣旨を説明し、胃がん集団検診申込受付簿を独自に作成する。

#### イ. 検診方法

市町村は、検診当日に胃がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式1）を作成し、同時に受診者が記入した（原則として自己記入）胃がん検診票（様式2）に基づいて、記載事項を確認する。検診実施機関は胃がん検診票を参考に胃部エックス線撮影を行う。胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとする。担当する技師は日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師とする。（医師が撮影する場合はこの限りでない。）

#### ウ. 胃部エックス線写真の所見

胃部エックス線写真は二重読影とし、原則として十分な経験を有する2名以上の医師（うち1人は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする）が読影し、

胃がん検診票に所見および診断・指示区分を記載する。

エ. 胃がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書

胃部エックス線写真の所見および診断・指示区分を検査機関が胃がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式1）に転記し、市町村に報告する。

市町村は、胃がん集団検診受診者名簿（兼）結果通知書（様式1）に基づいて、受診者に通知または指導する。

オ. 経過観察を要する受診者

検診実施機関は、受診結果を整理するとともに、経過観察を要する受診者{2. 良性（2b（ ）ヶ月後経過観察）}を要経過観察者とする。

市町村は、要経過観察者に医師の指示した（ ）ヶ月後の医療機関への受診勧奨または、12ヶ月後経過観察の場合は、翌年度の検診の受診勧奨を行う。また、要経過観察者の（ ）ヶ月後の医療機関受診または翌年度の検診受診の有無を把握することが望ましい。

また、2bと判定された受診者の多くは慢性胃炎（特にヘリコバクター・ピロリ菌（以下ピロリ菌）に関連する胃炎）であり、胃がん検診受診者にはピロリ菌に関する情報提供を行った上で慢性胃炎と判定された場合はその旨を通知する。

カ. 精密検査を要する受診者

検診実施機関は、受診結果を整理するとともに、精密検査を要する受診者（3. 良性、但し悪性を否定できず、4. 悪性の可能性（または疑い）、5. 悪性（確定診断） 6. 消化管外病変）を要精検者とし、胃がん検診確定診断連絡票（様式3）を作成する。市町村は、要精検者に精密検査医療機関への受診勧奨を行う。

キ. 精密検査医療機関

検診実施機関は、要精検者が希望する精密検査医療機関に、胃がん検診確定診断連絡票を送付する。また、精密検査医療機関は、送付された胃がん検診確定診断連絡票に、精密検査結果および事後管理区分結果を記載し検査機関経由のうえ、市町村に報告するとともに、要精検者に対する結果説明および指導を行う。

ク. 市町村の事後指導

精密検査医療機関で、治療を要すると判断された者（通院治療、精検継続、入院治療）に治療の勧奨または確認をする。

(2) 個別検診方式

ア. 受診票の交付

市町村は、胃がん検診を希望する者に集団検診方式、個別検診方式の趣旨を説明し、胃がん検診受付名簿（兼）結果名簿（様式4）を作成し、同時に、胃がん検診受診票（様式5）を受診者に交付する。

イ. 検診方法

検診実施機関は、胃がん検診受診票（様式5）を受理し、胃部エックス線撮影を実施する。胃部エックス線撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとする。担当する技師は日本消化器がん検診学会が認定する胃がん検診専門技師とする。（医師が撮影する場合はこの限りでない。）

ウ. 胃部エックス線写真の所見

胃部エックス線写真の読影は二重読影とし、市町村で設置された専門医から構成する「胃がん読影委員会」で行うことを基本とする。読影は、原則として十分な経験を有

する2名以上の医師により行うものとする。(うち1人は、日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。)市町村は、読影委員会の設置に関して、地区医師会及び所轄保健所と協議を行う。検診実施機関は、読影委員会の結果を受けて、胃がん検診票(兼)結果票(様式6-1・2)の所定欄に所見および診断・指示区分を記入し、市町村に送付するとともに、胃がん検診委託料請求書(様式7)によって検診料金を市町村に請求する。受診者への結果通知は、市町村長と地区医師会長の間で交わされた胃がん検診委託契約に定めるところにより、検診実施機関あるいは市町村が行うものとする。

#### エ. 経過観察を要する受診者

検診実施機関は、受診結果を整理するとともに、経過観察を要する受診者{2. 良性(2b( )ヶ月後経過観察)}を要経過観察者とする。

市町村は、要経過観察者に医師の指示した( )ヶ月後の医療機関への受診勧奨または、12ヶ月後経過観察の場合は、翌年度の検診の受診勧奨を行う。また、要経過観察者の( )ヶ月後の医療機関受診または翌年度の検診受診の有無を把握することが望ましい。

また、2bと判定された受診者の多くは慢性胃炎(特にヘリコバクター・ピロリ菌(以下ピロリ菌)に関連する胃炎)であり、胃がん検診受診者にはピロリ菌に関する情報提供を行った上で慢性胃炎と判定された場合はその旨を通知する。

#### オ. 精密検査を要する受診者

精密検査を要する受診者(3. 良性、但し悪性を否定できず、4. 悪性の可能性(または疑い)、5. 悪性(確定診断)、6. 消化管外病変)については、検診を実施した検診実施機関において適切な指導(精密検査医療機関の紹介及び受診勧奨等)を行う。又、検診実施機関は、胃がん精密検査依頼書(兼)結果通知書(様式8-1・2・3)を作成し、受診者(要精検者)に精密検査受診の際に持参させる。精密検査医療機関は精密検査依頼書(兼)結果報告書(様式8-2および3)により検診実施機関に報告する。検診実施機関は、精密検査医療機関から上記胃がん精密検査依頼書(兼)結果通知書(様式8-3)により報告を受けた精密検査結果を市町村に報告する。

市町村は、精密検査未受診者への受診勧奨に際しては、検診実施機関に照会するとともに、不安を与えぬよう十分配慮し、適切な指導を行う。

## 7. 精度管理

- (1) 検診実施機関については、国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の「事業評価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。
- (2) その他、精度管理については、奈良県市町村がん検診精度管理要領によるものとする。

## 8. 検診料金等

- (1) 検診料金等については、市町村と検診実施機関(又は検診実施機関をとりまとめる地区医師会)との契約に定めるところによるものとする。
- (2) 精密検査の費用については、受診者が精密検査医療機関に所定料金を支払う(医療保険扱い)。

## 9. 個人情報保護

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年法律第57号）」、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27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ダンス」（平成29年4月14日通知、令和6年12月2日最終改正）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。

（附則）

この要領は平成6年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成8年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成10年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成14年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成17年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成18年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成19年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成20年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成22年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成23年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成24年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成25年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成29年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成30年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は平成31年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は令和2年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は令和3年12月10日より施行する。

（附則）

この要領は令和4年4月1日より施行する。

（附則）

この要領は令和 7 年 4 月 1 日より施行する。  
(附則)

この要領は令和 8 年 4 月 1 日より施行する。

【参 考】

◆診断・指示区分の説明内容

\* 病名の併記について

以下の説明とともに個別に病名を併記することが望ましい（“胃ポリープ”“胃隆起性病変（疑い）”など）。特に慢性胃炎については胃がんリスクとされるヘリコバクター・ピロリ菌との関連を有するケースが多いため、併記を原則とする。

0：今回の検査では必ずしも異常所見があったわけではありませんが、より確実に異常なしと判定するための検査をおすすめします。

1：正常範囲内の結果でした。

2 a：良性の病変がありますが、精密検査は必要ありません。

2 b：良性の病変があります。今すぐに精密検査を受ける必要はありませんが、必ず来年も検診を受けてください。（慢性胃炎と診断された場合は配布されたリーフレットをお読みいただき、参考になさってください）。

3 a：良性の病変がありますが、悪性の可能性を完全には否定できません。また、良性でも治療を要する場合がありますので精密検査を受けていただく必要があります。

3 b：良性の病変がありますが、悪性の可能性を否定できません。精密検査を受けていただく必要があります。

4：悪性病変の可能性があります。急いで消化器専門医を受診して精密検査を受けてください。

5：悪性病変の可能性が高いと考えられます。急いで消化器専門医を受診して精密検査を受けてください。

6：胃の周囲に病変が疑われます。精密検査として（ ）検査を受けてください。

◆胃がん検診診断基準について

カテゴリー・指示区分	所見	想定される疾患	備考
0 評価困難	判定が難しい所見	腸管との重なり、体動、残渣、粘膜面への残渣、粘液などの残留による評価困難例	0a:X線再検 0b:内視鏡
1 異常なし・精査不要	萎縮性変化なし	正常粘膜	
2a 良性・精査不要	良性と考えられる局所所見 背景に萎縮性変化なし	胃底腺ポリープ、十二指腸潰瘍癒痕、食道裂孔ヘルニア、胃憩室、十二指腸憩室など	個々の所見により1,2bにしてよい
2b 良性・要経過観察	萎縮性変化あり、または既知の胃粘膜下腫瘍	慢性胃炎（萎縮性胃炎）、胃潰瘍癒痕、胃過形成性ポリープなど	個々の所見により2a,3にしてよい
3a 良性、但し悪性を否定できない・要精密検査	存在診断は確実に悪性を否定できない所見（良性でも治療を要する所見）	胃がん以外；胃過形成性ポリープ（2cm以上）、胃腺腫疑い、胃潰瘍、胃粘膜下腫瘍、鳥肌胃炎、胃静脈瘤など	悪性の可能性は10%以下を想定

3b		悪性の可能性を疑うが、存在診断または質的診断が不確実な所見	悪性を否定できない間接所見、不確実所見	
4	悪性の可能性・至急精密検査	悪性の可能性を考慮する所見（良性でも至急に治療を要する所見）	胃癌疑い，胃粘膜下腫瘍（2cm 以上か陥凹を伴う）	悪性の可能性は 50%前後を想定
5	悪性・至急精密検査	悪性がほぼ確実と考えられる所見	胃癌および胃粘膜下腫瘍（5cm をこえる）	悪性の可能性は 80%以上を想定
6	胃以外の病変（または疑い）	胃以外で精査を要する所見	肝・胆・膵腫瘍による壁外性圧排，胆嚢結石，腎結石など	適切な検査方法を記載する

※注意

（2 a）

胃底腺ポリープ：ヘリコバクター・ピロリ陰性胃に多い，癌化はごく稀。読影医の判断で 1 と判定してもさしつかえない。例外は 100 個以上といわれる家族性大腸腺腫症である。

胃・十二指腸潰瘍瘢痕：十二指腸潰瘍は相対的にリスクが低い。

胃潰瘍瘢痕は 2 b として，悪性を否定できない場合は胃陥凹性病変として 3 a に判定する。

食道裂孔ヘルニア：ヘリコバクター・ピロリ陰性と想定される胃では食道胃接合部における逆流の有無に留意し，稀ながらバレット腺癌を念頭に置く。

胃・十二指腸憩室：基本的に放置可能であり、読影医の判断で 1 と判定してもさしつかえない。

（2 b）

慢性胃炎：ヘリコバクター・ピロリ感染（既感染を含む）による萎縮性変化を疑うもの。受診者へはリーフレットの配布など胃がんリスクに関連する注意喚起を行う。

このうち、特に形態的に特徴がある鳥肌胃炎は 3 a とする（3 a の項）。皺襞肥厚型胃炎・高度萎縮性胃炎は将来的に癌が発生するリスクが高いとされるため、病名を記載することが望ましい。

胃過形成性ポリープ：萎縮性変化を背景に生じているポリープで悪性化は 1 - 4 % とされる。特に 2 cm 以上は癌化の可能性が高いとされるため、3 a 以上とする。所見に応じて病名を隆起性病変、判定を 4 または 5 と判定してよい。

（3 a）

胃粘膜下腫瘍：小さくとも初回は原則精密検査対象，大きさ・陥凹の有無に応じて 3 a，4，5 とランクづけする。5 cm 以上のものは 5 と判定する。検査方法は内視鏡単独でなく，初回から超音波内視鏡（EUS）を併用することが望ましい。

鳥肌胃炎：未分化型胃癌の危険因子といわれるため，除菌勧奨・管理検診への誘導を考慮して 3 a とする。

胃潰瘍：画像的に良性確実と思われる場合も至急受診が望ましい場合はその旨を別記する。

(3b)

悪性を否定できない間接所見、不確定所見：明確な隆起、陥凹がとらえられない所見であるが、辺縁不整や粘膜不整などで悪性の可能性を考慮するもの。存在診断がやや不確定だが、存在するとすれば悪性の可能性が高い場合は3bとする。また、病変存在が確定と判断した場合には原則として3a、4、5のいずれかに分類するが、その判断が難しい場合には3bとする。

#### ◆術後胃の取り扱いについて

胃がんの術後例に対しては、医療機関で診療としての定期的検査が望ましい。がん告知が一般的でなかった時代に手術されている場合は、病名を理解していない可能性があることを勘案しなければならない。また、胃潰瘍・十二指腸潰瘍における手術例はヘリコバクター・ピロリ菌関連疾患である場合が多く、胃がんリスク群として取り扱うことが望ましい。

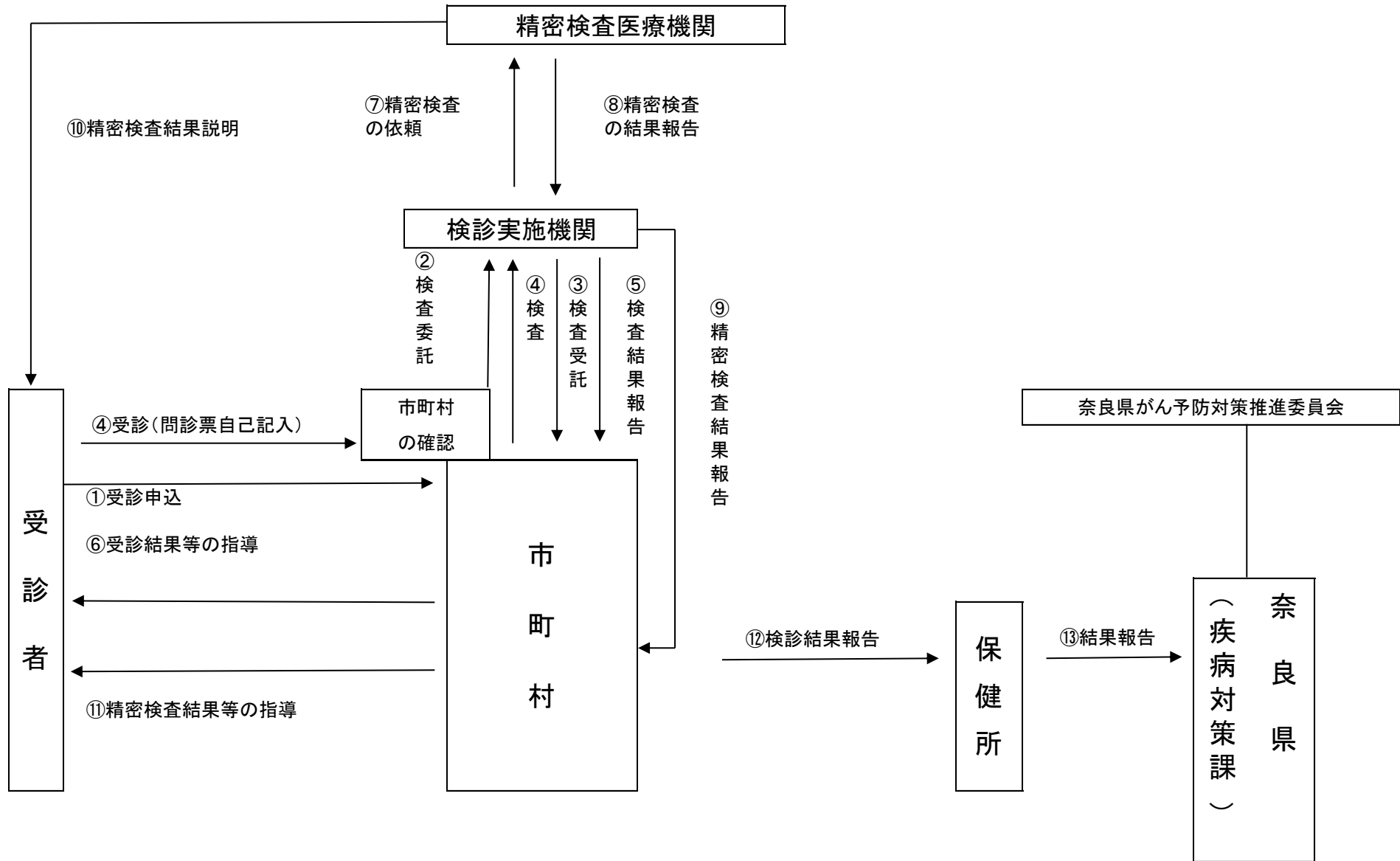
#### ◆二重読影の実際について

二名の読影医が独立して読影を行うことを原則とし、両者の所見が異なる場合は、後に読影した医師（二次読影医）が最終決定を行う。可能な状況であれば、討論の上で決定するが、不可能な場合は二次読影医の責任において決定する。また、二名のうち、一名は日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医とする。

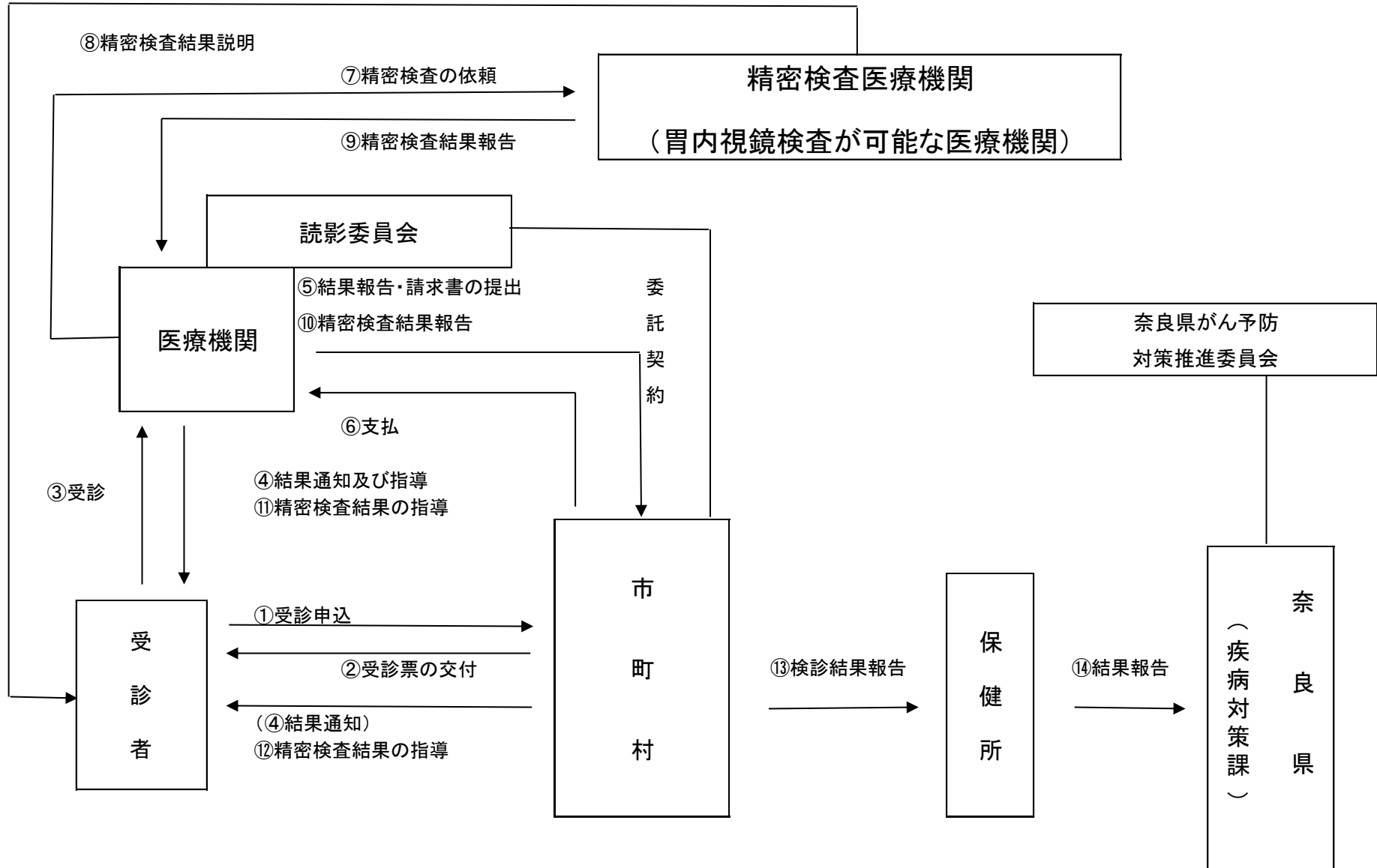
#### ◆バリウム凝集の問題について

胃がん検診に用いる造影剤（主成分：硫酸バリウム）が入れ歯安定剤と反応し、凝集を生じて診断に支障をきたす場合がある。必ず生じるものではなく、バリウム製剤、入れ歯安定剤の種類によっては反応しないものもあり、また受診者の安定剤の使用状況など個人差も大きいとされている。例外なく予防するためには前日から入れ歯安定剤の使用を控えてもらうことが必要であり、他府県の自治体の検診では受診者への注意事項にその旨が記載されている場合がある。但し、高齢者の割合によっては、入れ歯安定剤の禁止は現実的でない可能性があり、各自治体で検診担当施設と十分打ち合わせを行うことが望ましい。

# 胃がん検診(集団検診方法)フロー・チャート



# 胃がん検診(個別検診方法)フロー・チャート



様式1

㊟ 胃がん(X線)集団検診受診者名簿(兼)結果通知書

年 月 日実施					市町村名又は事業所名		検診場所		検診機関名		
X線番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所又は事業所名	電話番号	指示区分 該当結果に○印	所見	精密検査 医療機関名	精密検査 予約日時	重篤な偶発症 の有無
										(月 日、時 分)	検診中／検診後
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
				男・女			0・1・2(a・b( )ヶ月後経過観察)・3(a・b)・4・5・6				
上記のとおり 健康増進法適用 以外の者  実施市町村又は事業所住所  実施市町村又は事業所責任者氏名							名 名 受診したことを確認します。		診断医師名 診断医師名  照射指示医師名 診療放射線技師名 照射方法		
							検査機関住所		検査機関責任者氏名		

※重篤な偶発症について

検査中または検査後に明らかに検査に起因すると考えられる偶発症(入院を要するものみ限る)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)

診断・指示区分

- 0: 評価困難: 病変存在の判定が困難(追加検査必要、0a: X線検査、0b: 内視鏡検査)
- 1: 異常なし: 精密検査不要
- 2: 良性: 2a: 精密検査不要、2b: ( )ヶ月後経過観察
- 3: 良性、但し悪性を否定できず: 精密検査  
(3a: 存在診断確実または良性でも治療必要、3b: 存在または質的診断不確実)
- 4: 悪性の可能性(または疑い): 至急精密検査
- 5: 悪性(確診): 至急精密検査
- 6: 胃以外の病変(または疑い): 精密検査(適切な検査法を明記)

**胃がん検診 (X線検診) 票**

太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	満 歳
氏名					
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 ( ) 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: ある ない
2) 今までに胃の病気が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) ピ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、ピ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. へそ部周辺 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やがんで亡くなった方があれば、部位を記入ください	ない・ある	父 ( ) [父方] 祖父 ( ) [母方] 祖父 ( ) 母 ( ) 祖母 ( ) 祖母 ( ) 兄姉 ( ) 叔父 ( ) 叔父 ( ) 弟妹 ( ) 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)

位置	部位	所見	撮影体位	診断・指示区分	病名 (疑)
<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 胃以外の病変 (または疑い) : 精密検査	<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変
<input type="checkbox"/> 穹隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第一斜位	適切な検査法を明記 ( )	<input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変
<input type="checkbox"/> 噴門部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第二斜位	<input type="checkbox"/> 5 悪性 (確診) : 至急精密検査	<input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ニッシェ	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影 (頭低位)	<input type="checkbox"/> 4 悪性の可能性 (または疑い) : 至急精密検査	<input type="checkbox"/> 慢性胃炎
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影第一斜位 (半臥位)	<input type="checkbox"/> 3 良性、但し、悪性を否定できず : 精密検査	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> 前庭部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	<input type="checkbox"/> 右側臥位二重造影像	<input type="checkbox"/> 3 a 存在診断確実または良性でも治療必要	<input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第二斜位 (振り分け)	<input type="checkbox"/> 3 b 存在または質的診断不確実	<input type="checkbox"/> 胃ポリープ
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	<input type="checkbox"/> 立位二重造影 (第一斜位 または正面位)	<input type="checkbox"/> 2 良性	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍
<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"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 2 a : 精密検査不要	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 粘膜不整		<input type="checkbox"/> 2 b : ( ) ヶ月後経過観察	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕
		<input type="checkbox"/> 辺縁不整		<input type="checkbox"/> 1 異常なし	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕
		<input type="checkbox"/> 辺縁硬化		<input type="checkbox"/> 0 評価困難 (追加検査必要)	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア
		<input type="checkbox"/> 辺縁陥入		<input type="checkbox"/> 0 a : X線検査	<input type="checkbox"/> ( ) 憩室
		<input type="checkbox"/> 変形 ( )		<input type="checkbox"/> 0 b : 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 静脈瘤
		<input type="checkbox"/> 消化管外病変 ( )			<input type="checkbox"/> 胆石
					<input type="checkbox"/> 消化管外病変
					<input type="checkbox"/> ( )

検診機関:

診断医師名: 1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

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:	

位置	部位	異常所見	診断・指示区分
<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"/> 1: 異常なし: 精査不要 <input type="checkbox"/> 2a: 良性: 精査不要 <input type="checkbox"/> 2b: 良性: 要経過観察 ( ) カ月後再検査 <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"/> 3b: 精密検査: 存在または質的診断不確実 <input type="checkbox"/> 4: 悪性の可能性 (または疑い): 至急精密検査 <input type="checkbox"/> 5: 悪性 (確診): 至急精密検査 <input type="checkbox"/> 6: 胃以外の病変 (または疑い): 精密検査 (適切な検査名: )
<input type="checkbox"/> 穹隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	
<input type="checkbox"/> 噴門部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ニッシェ	
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	
<input type="checkbox"/> 前庭部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	
<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"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 粘膜不整	
		<input type="checkbox"/> 辺縁不整	
		<input type="checkbox"/> 辺縁硬化	
		<input type="checkbox"/> 辺縁陥入	
		<input type="checkbox"/> 変形	
		<input type="checkbox"/> 消化管外病変	
		<input type="checkbox"/> ( )	
所見(疑)			
<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変	<input type="checkbox"/> 胃肌胃炎	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	
<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"/> 胃粘膜下腫瘍	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア	
<input type="checkbox"/> 慢性胃炎	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕	<input type="checkbox"/> ( ) 憩室	
<input type="checkbox"/> 静脈瘤	<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:				
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 80px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">所見</div> </div>	生検結果Group					
	1					
	2					
3						
【精検中/精検後の重篤な偶発症】 無 ・ 有 (具体的な内容: )						
※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)						
【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. 胃腺腫 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:	



※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
氏名			歳
住所	年 月 日 生 満		女
あなたの電話番号	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に提出して下さい。
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下さい。

## (秘) 胃がん検診 (X線検診) (兼) 結果票

太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	満 歳
氏名					
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： ある 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」に○をつけた方は、ビロリ菌の除菌療法を受けたことがありますか	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. へそ部周辺 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やがんで亡くなった方があれば、 <u>部位</u> 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 ( ) 兄姉 ( ) 叔父 ( ) 叔父 ( ) 弟妹 ( ) 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)

位置	部位	所見	撮影体位	診断・指示区分	病名 (疑)
<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 胃以外の病変 (または疑い) : 精密検査	<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変
<input type="checkbox"/> 穹隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第一斜位	適切な検査法を明記 ( )	<input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変
<input type="checkbox"/> 噴門部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第二斜位	<input type="checkbox"/> 5 悪性 (確診) : 至急精密検査	<input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ニッシュ	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影 (頭低位)	<input type="checkbox"/> 4 悪性の可能性 (または疑い) : 至急精密検査	<input type="checkbox"/> 慢性胃炎
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム斑	<input type="checkbox"/> 腹臥位二重造影第一斜位 (半臥位)	<input type="checkbox"/> 3 良性、但し、悪性を否定できず : 精密検査	<input type="checkbox"/> ( )
<input type="checkbox"/> 前庭部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	<input type="checkbox"/> 右側臥位二重造影像	<input type="checkbox"/> 3a: 存在診断確実または良性でも治療必要	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	<input type="checkbox"/> 背臥位二重造影第二斜位 (振り分け)	<input type="checkbox"/> 3b: 存在または質的診断不確実	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	<input type="checkbox"/> 立位二重造影 (第一斜位 または正面位)	<input type="checkbox"/> 2 良性	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍
<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"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 2a: 精密検査不要	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕
<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 粘膜不整		<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"/> 辺縁不整		<input type="checkbox"/> 1 異常なし	<input type="checkbox"/> ( ) 憩室
		<input type="checkbox"/> 辺縁硬化		<input type="checkbox"/> 0 評価困難 (追加検査必要)	<input type="checkbox"/> 静脈瘤
		<input type="checkbox"/> 辺縁陥入		<input type="checkbox"/> 0a: X線検査	<input type="checkbox"/> 胆石
		<input type="checkbox"/> 変形 ( )		<input type="checkbox"/> 0b: 内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 消化管外病変
		<input type="checkbox"/> 消化管外病変			<input type="checkbox"/> ( )

検診機関住所：	電話：
検診医療機関名：	診断医師名：

## 胃がん検診(X線検診)委託料請求書

受付番号				
フリガナ		年 月 日生 満 歳	男 ・ 女	
氏名				
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8(3枚複写)  
 様式8-1 (精密医療機関)  
 様式8-2 (検診機関用)  
 様式8-3 (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(X線検診)精密検査依頼書(兼)結果通知書

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8-2および8-3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:

位置	部位	異常所見	診断・指示区分
<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"/> 1: 異常なし: 精査不要 <input type="checkbox"/> 2a: 良性: 精査不要 <input type="checkbox"/> 2b: 良性: 要経過観察 ( ) カ月後再検査 <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"/> 3b: 精密検査: 存在または質的診断不確実 <input type="checkbox"/> 4: 悪性の可能性(または疑い): 至急精密検査 <input type="checkbox"/> 5: 悪性(確診): 至急精密検査 <input type="checkbox"/> 6: 胃以外の病変(または疑い): 精密検査(適切な検査名: )
<input type="checkbox"/> 穹隆部	<input type="checkbox"/> 中部	<input type="checkbox"/> 透亮像	
<input type="checkbox"/> 噴門部	<input type="checkbox"/> 下部	<input type="checkbox"/> 不整陥凹	
<input type="checkbox"/> 胃体部	<input type="checkbox"/> 大彎	<input type="checkbox"/> ニッシェ	
<input type="checkbox"/> 胃角部	<input type="checkbox"/> 小彎	<input type="checkbox"/> バリウム班	
<input type="checkbox"/> 前庭部	<input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> ひだ集中	
<input type="checkbox"/> 幽門部	<input type="checkbox"/> 後壁	<input type="checkbox"/> ひだ肥大	
<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 球部	<input type="checkbox"/> ひだ消失	
<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"/> ( )	<input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 粘膜不整	
		<input type="checkbox"/> 辺縁不整	
		<input type="checkbox"/> 辺縁硬化	
		<input type="checkbox"/> 辺縁陥入	
		<input type="checkbox"/> 変形	
		<input type="checkbox"/> 消化管外病変	
		<input type="checkbox"/> ( )	
所見(疑)			
<input type="checkbox"/> 胃隆起性病変	<input type="checkbox"/> 胃陥凹性病変	<input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍	
<input type="checkbox"/> 慢性胃炎	<input type="checkbox"/> 静脈瘤	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕	<input type="checkbox"/> 消化管外病変	
<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕	<input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア	
<input type="checkbox"/> ( ) 憩室	<input type="checkbox"/> ( )		

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

<b>【上部消化管内視鏡検査】</b>		施行年月日: 年 月 日																
主要所見(スケッチ)		施行医療機関名:																
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	所見	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>生検結果Group</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>診断名</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					生検結果Group	1	2	3	4	5	診断名	1	2	3		
	生検結果Group	1	2	3	4	5												
	診断名	1	2	3														
<b>【精検中/精検後の重篤な偶発症】</b> 無 ・ 有 (具体的な内容: ) ※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)																		
<b>【確定診断】</b> 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. 胃腺腫 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)																		
<b>【事後管理区分】</b> 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:														

