

藤沢市胃がん検診受診券

藤沢市提出用

***重要事項**

当該検診において個人情報の保護に関する法律に基づき、追跡調査、ならびに統計上の目的で個人情報を活用させていただきます。

が個人情報の状況の確認等の

受診券に記載されている、9桁の番号を記入してください(再発行の場合は15桁)。

<input type="checkbox"/> ① 徴収	<input type="checkbox"/> 免除	<input type="checkbox"/> ② 70歳以上
		<input type="checkbox"/> ③ 障がい
		<input type="checkbox"/> ④ 生保他
		<input type="checkbox"/> ⑤ 非課税

受診者番号 (左詰めで記入)			
フリガナ			
氏名			
住所	藤沢市	() () ()	歳
	(自宅・携帯)	()	
	ご加入の健康保険	<input type="checkbox"/> 国保・後期医療制度	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> その他
これまでに胃がんの検診を受けましたか	<input type="checkbox"/> ① 1年前に受けた	<input type="checkbox"/> ② 2年前に受けた	<input type="checkbox"/> ③ 3年前に受けた
	<input type="checkbox"/> ④ なし または 4年以上前に受けた	<input type="checkbox"/> ⑤ わからない	
腹部の手触り	<input type="checkbox"/> 胃	<input type="checkbox"/> 十二指腸	<input type="checkbox"/> 胆のう
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
自覚症状	<input type="checkbox"/> 痛む	<input type="checkbox"/> もたれ	<input type="checkbox"/> 食欲不振
	<input type="checkbox"/> はきけ	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> その他 ()
ピロリ菌検査を受けたことがありますか	いいえ	はい	
	1 ピロリ菌はいましたか	<input type="checkbox"/> いた	<input type="checkbox"/> いなかった
	2 (1でいた場合)除菌しましたか	<input type="checkbox"/> した	<input type="checkbox"/> していない
	3 除菌した場合	<input type="checkbox"/> 成功	<input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明

徴収・免除のいずれかにレ印をつけてください。

ボールペン等(鉛筆・消えるボールペン不可)で受診者の方に記入をお願いします。

①胃部エックス線検査

実施年月日	20	年	月	日
所見の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	部位 ()	診断
所見詳細	<input type="checkbox"/> 欠損 <input type="checkbox"/> 辺縁不整 <input type="checkbox"/> ニッシュ <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> 手術胃 <input type="checkbox"/> 粘膜粗 <input type="checkbox"/> ひだ粗・太 <input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 壁硬化		<input type="checkbox"/> 胃(潰瘍・瘢痕・疑い) <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 食道がん(早期・進行・疑い) <input type="checkbox"/> 胃がん(早期・進行・疑い)	<input type="checkbox"/> 十二指腸(潰瘍・瘢痕・疑い) <input type="checkbox"/> 胃炎(Hp胃炎疑い・他) <input type="checkbox"/> 食道ポリープ <input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍() <input type="checkbox"/> その他()
読影医師名	一次	二次	読影年月日 年 月 日	
検診結果	<input type="checkbox"/> ① 精密検査不要 (理由: <input type="checkbox"/> ① 異常なし <input type="checkbox"/> ③ 要医療 <input type="checkbox"/> ② 精密検査の必要を認めず) <input type="checkbox"/> ② 要精密検査 <input type="checkbox"/> ④ 判定不能			
偶発症の有無	<input type="checkbox"/> ① 無 <input type="checkbox"/> ② 検診中または検診後に重篤な偶発症あり(死亡を除く) <input type="checkbox"/> ③ 検診中または検診後に重篤な偶発症があり、そのうち偶発症による死亡あり			

内視鏡検査

② 一次 ※生検については健康保険診療で一部自己負担になります
 精密検査 ※精密検査については健康保険診療で一部自己負担になります
 → 実施医療機関 自院 依頼先医療機関名 ()

実施年月日	20	年	月	日	検査医師名
判定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がんあり <input type="checkbox"/> 原発性 → <input type="checkbox"/> ① 早期 → <input type="checkbox"/> ② 粘膜内がん <input type="checkbox"/> ④ 転移性 → <input type="checkbox"/> ③ 進行 → <input type="checkbox"/> ⑤ その他 <input type="checkbox"/> ① その他の部位のがん <input type="checkbox"/> ② その他		ピロリ菌 <input type="checkbox"/> ピロリ菌未感染 (検査陰性または内視鏡所見より) <input type="checkbox"/> ピロリ菌現感染 (未除菌または除菌不成功) <input type="checkbox"/> ピロリ菌既感染 (除菌成功または自然除菌例) <input type="checkbox"/> 不明 生検 <input type="checkbox"/> ① なし <input type="checkbox"/> ① あり (group1・2・3・4・5) コメント ()	内視鏡所見	
検診結果	<input type="checkbox"/> ① 精密検査不要 <input type="checkbox"/> ② 要精密検査 <input type="checkbox"/> ④ 判定不能				
偶発症の有無	<input type="checkbox"/> ① 無 <input type="checkbox"/> ② 検診中または検診後に重篤な偶発症あり(死亡を除く) <input type="checkbox"/> ③ 検診中または検診後に重篤な偶発症があり、そのうち偶発症による死亡あり				

検診結果は□欄にレ印をつけてください。

内視鏡検査二次読影

実施年月日	20	年	月	日	読影医師 No.
読影委員会による事後指導	内視鏡医から読影医へのコメント				
<input type="checkbox"/> ① 腫瘍に対して要医療 <input type="checkbox"/> ② 早めの再検査 <input type="checkbox"/> ③ 1年後検査(ハイリスク経過観察) <input type="checkbox"/> ④ 2年後検査(次回の内視鏡検診)					
医療機関名					医療機関番号 0
所在地					
医師名	電話番号 ()				

二次読影まで実施してください。

医師会が指定する番号のうち、下5桁の番号を記入してください。