

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	<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()					
所見詳細	<input type="checkbox"/> 欠損	<input type="checkbox"/> 辺縁不整		<input type="checkbox"/> 胃()	<input type="checkbox"/> 胃腸炎()	<input type="checkbox"/> 胃潰瘍・癒痕・疑い	<input type="checkbox"/> 胃癌()	
	<input type="checkbox"/> ニッシュ	<input type="checkbox"/> 変形		<input type="checkbox"/> 胃小弯()	<input type="checkbox"/> 胃体炎()	<input type="checkbox"/> 胃体癌()	<input type="checkbox"/> 胃体潰瘍・癒痕・疑い	<input type="checkbox"/> 胃癌()
	<input type="checkbox"/> 集中	<input type="checkbox"/> 手術胃		<input type="checkbox"/> 胃体()	<input type="checkbox"/> 胃体炎()	<input type="checkbox"/> 胃体癌()	<input type="checkbox"/> 胃体潰瘍・癒痕・疑い	<input type="checkbox"/> 胃癌()
	<input type="checkbox"/> 粘膜粗	<input type="checkbox"/> ひだ粗・太		<input type="checkbox"/> 胃体()	<input type="checkbox"/> 胃体炎()	<input type="checkbox"/> 胃体癌()	<input type="checkbox"/> 胃体潰瘍・癒痕・疑い	<input type="checkbox"/> 胃癌()
	<input type="checkbox"/> 隆起	<input type="checkbox"/> 壁硬化		<input type="checkbox"/> 胃体()	<input type="checkbox"/> 胃体炎()	<input type="checkbox"/> 胃体癌()	<input type="checkbox"/> 胃体潰瘍・癒痕・疑い	<input type="checkbox"/> 胃癌()
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							

二次読影まで実施してください。

検診結果は□欄にレ印をつけてください。

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
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 その他の所見						
ピロリ菌	<input type="checkbox"/> ビロリ菌未感染 (検査陰性または内視鏡所見より) <input type="checkbox"/> ビロリ菌現感染 (未除菌または除菌不成功) <input type="checkbox"/> ビロリ菌既感染 (除菌成功または自然除菌例) <input type="checkbox"/> 不明						
生検	<input type="checkbox"/> ③ なし <input type="checkbox"/> ① あり (group1・2・3・4・5) コメント()						
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						

内視鏡検査二次読影

実施年月日	20		年		月		日	
読影委員会による事後指導	<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	()

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。