

胃がんリスク検診（ABC検診）完了報告書

医療機関番号

0

年 月 日

藤 沢 市 長

所在地

医療機関 名 称

氏 名

_____月に実施した胃がんリスク検診（ABC検診）について、次のとおり報告します。

区 分	件 数	委託単価	自己負担金	支払単価	金 額
費用徴収の方	件	3,476円	△1,000円	2,476円	円
費用免除の方 (生活保護・中国残留邦人)	件		円	3,476円	円
合 計	件				円

次のとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している
「債権者コード」がある場合は
コード番号を記載。

債権者コード

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合		支店	
	支店コード(店番号)3桁			
	種 目	普 通 当 座	口座番号	※右づめで記載
口座 名義	フリガナ			
	フリガナ			

※提出期限は、翌月20日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。

※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。
市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

胃がんリスク検診（ABC検診）完了報告書

医療機関番号

0 5 5 5 5 5

藤 沢 市 長

医療機関番号欄には藤沢市医師会
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。

20●●年 ●月 ●日

所在地 藤沢市朝日町1-1

医療機関 名 称 朝日町病院

書き誤りの際は新しい用紙に書き直す
か、二重線で消し、訂正してください。

氏 名 院長 朝日太郎

6 月に実施した胃がんリスク検 件数を入力すると、金額 のとおり報告します。
が自動計算されます。

区 分	件 数	委託費	自己負担金	支払単価	金 額
費用徴収の方	8 件	3,476円	△1,000円	2,476円	19,808 円
費用免除の方 (生活保護・中国残留邦人)	1 件		円	3,476円	3,476 円
合 計	9 件				23,284 円

次のとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している
「債権者コード」がある場合は
コード番号を記載。

債権者コード 8 8 8 8 8 8

債権者コードか振込先のどちら
か一方を記載してください。

※「債権者コード」がない場合は、次の欄に記載してください。

振込先	銀行		信用金庫		農業協同組合		支店	
	種 目		普 通 当 座		口座番号		支店コード(店番号)3桁	
口座名義	フリガナ							
	フリガナ							

※提出期限は、翌月20日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。

※債権者の通帳には、「フジサワシ」(カナ表記)と印字され振り込まれます。
市から同一日に他の振込みがある場合には合算して振り込まれます。

藤沢市 胃がんリスク検診（ABC検診） 検診票

藤沢市提出用

*重要事項

胃がんリスク検診（ABC検診）は、胃がんなどが発生しやすい状態である胃がんそのものを発見するための検査ではありません。検診結果等の個人情報につきましては、検診機関及び検診事業主体で個人情報の保護に関する法律他に基づき管理し、統計事業等の保健衛生に活用させていただきます。

いずれかにレ印を付けてください。

☒ ① 徴収
☐ ② 免除

受診をご希望される方は、太枠内をご記入ください。

受診者番号 (左詰めで記入)	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	検診年月日	20 2 6 年 ● 月 ● 日
フリガナ	フジサワ タロウ	性別	男
氏 名	藤沢 太郎	住 所	藤沢市 朝日町1234
生年月日	昭和 ● ● 年 ● 月 ● 日	電話番号 (自宅・携帯)	0466 (25) 0000
問 診	胃や十二指腸の病気で治療を受けたことがありますか。	いいえ	はい (年 月頃) (病名)
	過去3年間に胃	いいえ	はい ☐ 胃部エックス線検査 (年 月頃) ☐ 内視鏡検査 (年 月頃)
	現在病気で服	いいえ	はい ☐ 抗生物質 () ☐ 胃酸分泌抑制剤 ()
	次の項目に1つ該当しますか。 ・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがある。 ・胃の切除術を受けたことがある。 ・腎不全(クレアチニン3.0mg/dL以上)がある。 ・胃・十二指腸疾患で治療中であり、定期的に内視鏡検査を受けている。	いいえ	はい → 数値が正しく出ないため胃がんリスク検診は受けられません。

受診者本人が記載してください。

「はい」の場合は、検診を受けられません。

検 査 項 目	数 値	判 定 基 準
血清ペプシノゲン (PG)	PG I 値 ● ● ● . ●	【陽性】PGI値が基準値未満の場合は胃粘膜の萎縮がある可能性があります。
	PG II 値 ● ● ● . ●	
	I / II 比 ● ● ● . ●	
ヘリコバクター・ピロリ抗体	● ● ● . ●	【陽性】 () U/mL以上 → 陽性の場合にはピロリ菌が胃粘膜に感染している可能性があります。

総合判定	区分	PG	HP	判 断	胃がんリスク	ピロリ菌除菌
1 異常なし	① A	(-)	(-)	ピロリ菌感染胃の可能性が低い。	ほぼなし	不 要
2 要精密検査 (内視鏡検査)	② B	(-)	(+)	ピロリ菌に感染しているが、胃粘膜の萎縮は軽度の可能性が高い。	低い ▲ 高い	必 要
	③ C	(+)	(+)	ピロリ菌に感染し、胃粘膜の萎縮もやや進んでいる可能性が高い。		必 要
	④ D	(+)	(-)	胃粘膜の萎縮が進み、ピロリ菌が消えている可能性		不 要

基準値未満の場合は0.0を記入

使用する検査キットの陽性となる基準値を記入

医療機関番号は、藤沢市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。

*「2 要精密検査」になった場合に記入してください。

1 自院で実施	B・C・D群の要精検者の場合は記入してください。提出までにわからない場合は	医療機関番号	0
2 他院に紹介 ()		検診医療機関名	朝日町病院
3 精密検査以外 ()		所在地	朝日町1-1
4 検査等を希望		電話番号	50 - 0000
		医師名	院長 朝日 太郎

令和8年度 胃がん検診フローチャート

