

① 令和7年度 刈谷市胃がん検診受診票

医療機関の方へ

ここにシールを貼ってください

電話番号
受診年月日
医療機関名・医師名

検査方法：

<今年度40～49歳の人>

胃部エックス線検査（バリウム検査）

<今年度50歳以上の「奇数月」生まれの人>

胃部エックス線検査（バリウム検査）

<今年度50歳以上の「偶数月」生まれの人>

胃部エックス線検査と胃内視鏡検査のどちらかを選択してください。

※胃内視鏡検査は、鎮痛薬・鎮静薬は使用できません。（眠って行う検査はできません）

費用：2,000円

☆注意事項

令和8年3月31日時点で50歳以上の偶数月生まれの人で、胃内視鏡検査を希望される人は、必ず6ページの説明文を読んでください。

<医師記入欄>

【エックス線検査（バリウム検査）判定結果】

<判定結果>	医師所見（なし・あり）	備考
1 異常なし		
2 要観察		
3 要精密検査		
4 判定不能		

【胃内視鏡検査 判定結果】

<判定基準>

- 1 胃がんなし
- 2 胃がん疑いで要再検査
(ダブルチェックで新たに「胃がん疑い」の病変を認めた場合)
- 3 胃がんあり
- ~~4 胃がん以外の悪性病変~~

備考

<生検> 1 あり 2 なし

<生検結果>

- | | |
|---------------|-------------|
| 1 異常なし | 8 胃ポリープ |
| 2 胃がん（粘膜内がん） | 9 粘膜下腫瘍 |
| 3 胃がん（粘膜下層がん） | 10 胃潰瘍癒痕 |
| 4 胃がん（進行がん） | 11 十二指腸潰瘍癒痕 |
| 5 転移性胃がん | 12 胃炎 |
| 6 胃潰瘍 | 13 その他 |
| 7 十二指腸潰瘍 | () |

※受診者は、裏面の問診をご記入ください。

胃がん検診問診票 (太枠内をボールペンでご記入ください。)

1 過去3年間で、胃がん検診を受けたことがありますか。							
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> X線検査 (バリウム検査) 前は () 年前 前の結果 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査 </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり () </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (胃カメラ) 前は () 年前 前の結果 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査 </td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td> <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり () </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査	}	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査	}	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査	}	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()					
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査	}	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり ()					
2 血縁者 (三親等内) で、がんにかかった人がいますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (続柄 部位)							
3 今までに次の病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃けいれん <input type="checkbox"/> 慢性胃炎 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胆石症 <input type="checkbox"/> 結石 () <input type="checkbox"/> その他 ()							
4 腹部の手術をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (病名) () 年前)							
5 最近、次のような症状がありますか。 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> 胃が痛む (□時々 □いつも □食後 □空腹時) <input type="checkbox"/> 食物がつかえる感じがする <input type="checkbox"/> 胃がもたれる <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胃が重苦しい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 腹がはる <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> その他 ()							
6 食事時間についてお答えください。 <input type="checkbox"/> 規則的 <input type="checkbox"/> 不規則							
7 嗜好品についてお答えください。 たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた () 年前 <input type="checkbox"/> 吸う (□1日20本未満 □20本以上) 酒類 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> やめた () 年前 <input type="checkbox"/> 飲む (□毎日 □時々 □まれに)							
8 X線検査の場合、医療機関によってはバリウムにあらかじめ下剤が入っている場合があります。 その場合、下剤を抜いてほしいですか。 <input type="checkbox"/> 下剤を抜いてほしい <input type="checkbox"/> 下剤が入ったままでよい							
9 女性のみお答えください。 現在、妊娠の可能性はありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							

<追加問診> ※胃内視鏡検査を受ける人は以下の問診にもお答えください。

1 以下の病気にかかったり、現在治療中のものはありますか。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 鼻茸 <input type="checkbox"/> 鼻腔の手術 <input type="checkbox"/> 喉の病気 () <input type="checkbox"/> 呼吸器の病気 ()	
2 薬のアレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (薬剤名) <input type="checkbox"/> わからない	
3 ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → () 年前 → 治療後、除菌ができたかどうかの確認の検査をしましたか。 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 覚えていない	
4 現在、抗血栓薬 (血を固まりにくくする薬、血液さらさら薬: ワルファリン、バイアスピリンなど) を服用していますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 服用している → (薬剤名)	
5 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※ある人で麻酔を使った時に何か問題があればご記入ください。 ()	
6 入れ歯をしていますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	