

刈谷市胃がん検診（胃内視鏡検診）結果通知書

氏名		生年 月日	年	月	日
----	--	----------	---	---	---

_____年_____月_____日に実施いたしました胃内視鏡検診の結果は、
下記の通りでしたので、お知らせします。

記

1. **異常は認められませんでした。**

今後も、継続して、定期的に検診を受けることをお勧めします。
症状のある場合には、次回の検診を待たずに、医療機関を受診してください。

2. **胃がんの疑いで、再度検査が必要です。**

再度、胃内視鏡検査が必要となりますので医療機関を受診してください。（検査は保険診療です）

3. **胃がんが認められます。**

治療が必要です。至急、専門の医療機関を受診してください。

4. **以下の結果が認められます。**

- | | |
|----------|--------------------------------|
| a. 胃潰瘍 | d. 胃潰瘍瘢痕 |
| b. 胃ポリープ | f. 胃炎 |
| c. 粘膜下腫瘍 | g. その他（ ） |



- () 治療が必要です。医療機関を受診してください。
- () 経過観察が必要です。医師の指示に従ってください。
() 月後再受診)
- () 受診の必要はありませんが、症状がある場合は医療機関を受診してください。

年 月 日

検診実施医療機関

所在地

電話番号

医療機関名

医 師 名 _____

<胃内視鏡検診実施主体>

刈谷市健康推進課（保健センター） 〒448-0858 刈谷市若松町3-8-2

電話（0566）23-9559 FAX（0566）26-0505

【記入例】

≪ 3部複写 ≫

刈谷市胃がん検診（胃内視鏡検診）結果通知書

氏名		生年月日	年	月	日
----	--	------	---	---	---

_____年_____月_____日に実施いたしました胃内視鏡検診の結果は、下記の通りでしたので、お知らせします。

記

1. **異常は認められませんでした。**

今後も、継続して、定期的に検診を受けることをお勧めします。
症状のある場合には、次回の検診を待たずに、医療機関を受診してください。

2. **胃がんの疑いで、再度検査が必要です。**

再度、胃内視鏡検査が必要となりますので医療機関を受診してください。（検査は保険診療です）

3. **胃がんが認められます。**

治療が必要です。至急、専門の医療機関を受診してください。

4. **以下の結果が認められます。**

- | | |
|-----------|---------------|
| a. 胃潰瘍 | e. 胃潰瘍癒痕 |
| b. 十二指腸潰瘍 | f. 十二指腸潰瘍癒痕 |
| c. 胃ポリープ | g. 胃炎 |
| d. 粘膜下腫瘍 | h. その他（_____） |



「h」の場合は、こちらにご記入ください。

- (a) 治療が必要です。医療機関を受診してください。
- (c) 経過観察が必要です。医師の指示に従ってください。
(6 か月後再受診)
- (e、f) 受診の必要はありませんが、症状がある場合は医療機関を受診してください。

「4」に○を付けた場合は、該当事項に✓を入れ、
該当するアルファベットを記入してください、

医療機関名
医師名

<胃内視鏡検診実施主体>

刈谷市健康推進課（保健センター） 〒448-0858 刈谷市若松町3-8-2

電話 (0566) 23-9559 FAX (0566) 26-0505