

旭川市胃がん検診(胃内視鏡検査)実施要領

1 目的

この要領は、旭川市の胃がん検診を円滑に実施するとともに、検診の精度及び安全を確保することを目的に、胃がん検診(胃内視鏡検査)(以下「検診」という。)の実施に必要な事項について、次の指針等に基づき記載する。

検診の実施に係る指針等

- (1)がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針・・・厚生労働省
- (2)対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024年改訂第2版・・・日本消化器がん検診学会

2 実施主体

旭川市（以下「市」という。）が旭川市医師会及び各医療機関に委託して実施する。

3 実施内容

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|--------|----------------|--|
| 検診実施内容 | 対象者について | <p>(1)旭川市に居住する者であり、原則として受診する年度の4月1日現在満50歳以上の偶数年齢の者とする。ただし、前年度受診対象者のうち、受診しなかった者が受診を希望する場合は、必要な手続き後に受診できるものとする。</p> <p>(2)胃疾患に関する症状のない者</p> |
| | 検診対象外及び禁忌 | <p>【検診対象外】</p> <ul style="list-style-type: none">(1)同意書の取得ができない者(2)妊娠中の者(3)疾患の種類にかかわらず入院中の者(4)胃疾患で受療中の者（ピロリ菌除菌中の者を含む）(5)胃全摘術後の者 <p>【禁忌】</p> <ul style="list-style-type: none">(1)咽頭・鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない者(2)呼吸不全のある者(3)急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者(4)明らかな出血傾向又はその疑いのある者(5)収縮期血圧が極めて高い者 <p>高血圧治療中の場合、検査直前に血圧を測り、受検の可否を判断する。降圧剤処置後に内視鏡検査を行うことは可能だが、急激に血圧を降下させることはリスクを伴う。</p> <ul style="list-style-type: none">(6)全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者 <p>(留意事項)</p> <ul style="list-style-type: none">・胃部分摘出後の受診者は、医療機関又は検診機関において経過観察中以外は症状がなければ対象とする。・ヘルコバクター・ピロリ除菌後の受診者は、除菌後の年数にかかわらず対象とする。 |
| | 受診頻度及び検査方法について | <p>(1)原則、2年に1回とする。</p> <p>(2)当該年度の対象者は、胃内視鏡検査又は胃部X線検査のいずれかを選択して受診する。</p> |

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|------------------------|-----------------|--|
| 検査料金について | 検査料金等 | (1)検診料金は市と受託者との契約に定めるとおりとする。 なお、郵送料を含む事務費は委託料に含むものとする。 (2)自己負担額 旭川市がん検診等実施要綱に定めるとおりとする。 (3)自己負担免除対象者 旭川市がん検診等実施要綱に定めるとおりとする。 ア 受診日における年齢が 70 歳以上の者 イ 65 歳以上で後期高齢（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）の障害者認定を受けた者 ウ 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による被保護世帯に属する者（特定中国残留法人等支援給付受給者を含む） エ 世帯全員の当該年度の市民税が非課税の者 |
| 実施医療機関について | 実施医療機関 | 実施医療機関は安全かつ適切に検診を実施するものとし、次に定める条件を全て満たすものとする。 (1)検査医の要件を満たした医師が検診に携わること (2)常勤の医師が少なくとも 1 名以上いて、検査業務の体制を把握、管理すること (3)検診の撮影画像がデジタルファイルとして保存できること (4)必要に応じて、自施設内で同時生検（鉗子生検）が可能であること (5)出血や穿孔などの偶発症に対して適切に対応できる体制が構築されていること (6)自動洗浄消毒装置を備えていること (7)読影医にダブルチェックに必要な情報を全て提供できること (8)精検結果及び治療結果の収集に努め、市から求められた場合に報告できること (9)問診票・同意書・撮影画像・所見レポート・生検病理診断結果などの検査結果を実施医療機関で少なくとも 5 年間保存できること |
| 実施医療機関及び検査医・読影医の届出について | 検査医の条件 | 次の(1)～(3)の条件のいずれかを満たす医師のうち、市が検査医と認めた者とする。 (1)次の資格のいずれかを有する医師 ・日本消化器がん検診学会総合認定医又は認定医 ・日本消化器内視鏡学会専門医 ・日本消化器病学会専門医 ・上部消化管内視鏡スクリーニング認定医 (2)診療、検診にかかわらず概ね年間 100 件以上の上部消化管内視鏡検査を実施している医師 (3)旭川市胃がん検診検討会で検討した後、市が(1)又は(2)の条件を満たす医師と同等の経験、技量を有すると認定した医師 |
| | 実施医療機関の届出 | 条件を満たす検査医が在籍し、かつ要件を満たす実施医療機関が次の書類を受託者を通じて市に提出し、市が認定する。 (1) 胃がん検診実施意向調査票兼届出書 (2) (1)に記載した医師の所有資格を確認できるもの |
| | 届出の変更、実施医療機関の辞退 | 実施医療機関において、届出の変更や実施医療機関を辞退する場合は、速やかに市へ報告する（検査医・読影医の変更を含む）。 |

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|---------------|------------------|--|
| ダブルチェック体制について | 総論 | 胃内視鏡検診の精度を一定に保つため、当該検査を実施した医師以外の読影医による全件のダブルチェックを必須とする。 |
| | ダブルチェック方法 | 自院でダブルチェックに対応できる場合は、検査実施以外の読影医として市から認められている医師が二次読影を行うこと。 自院でダブルチェックに対応できない場合は、読影可能な他の医療機関で対応する。医療機関のマッチングについては受託者が設置する読影支援機関で行う。 実施医療機関において、検査医・読影医の追加や変更があった場合は、受託者を通して市へ報告する。 |
| | 読影医の条件 | 次の(1)～(3)の条件のいずれかを満たす医師のうち、市が読影医と認めた者とする。 (1)日本消化器がん検診学会認定医または総合認定医 (2)日本消化器内視鏡学会専門医 (3)日本消化器病学会専門医 |
| 検査手順 | 検査の準備 | 受診票（様式1）を用い、既往歴、現病歴、検診受診歴等を確認する。医療機関独自様式の使用を希望する場合は、市に使用する様式を提出し、必要な内容を網羅しているか確認を受けることで、独自様式の使用を可能とする。 |
| | 内視鏡機器の選択 | 受診者の希望や状態にあわせて、経鼻内視鏡又は経口内視鏡を選択する。 |
| | インフォームド・コンセントの実施 | 受診者に対しては、検査の方法や利益・不利益などについて十分な説明を行い、検査の同意を得る。同意は書面を用いて記録を残し、保管する。同意書には説明者の氏名を記入し、受診者が署名する。 医療機関独自様式の使用を希望する場合は、市に使用する様式を提出し、必要な内容を網羅しているか確認を受けることで、独自様式の使用を可能とする。 |
| | 前投薬 | (1)消泡薬及び粘膜除去薬の内服 (2)鎮痙薬など 心疾患、縁内障、前立腺肥大、甲状腺機能亢進症などの疾患がある場合は、鎮痙薬（ブチルスコポラミン臭化物など）は使用しない。 (3)鎮痛薬・鎮静薬 胃内視鏡検診では、保険診療以上に安全に行う必要があるため、原則として鎮痙剤・鎮痛剤（オピオイド系など）・鎮静剤（ベンゾジアゼピン系など）は使用しない。鎮痛剤・鎮静剤の使用を希望する場合には、使用した薬剤の実費は自己負担とする。 (4)咽頭・鼻腔麻酔 ※前処置を行った際の費用は、検診委託料に含まれる（鎮痛薬・鎮静薬を除く）。 |
| | 撮影の基本原則 | (1)粘膜面はガスコン水などで十分洗って、粘液や泡などに覆われない状態で撮影する。 (2)胃内をくまなく撮影し、病巣がある場合はその性状が判別できる画像を記録し、記録した全画像を読影医に提出する。 |

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|----|------|--|
| | 撮影方法 | <p>左側臥位での検査を原則として、観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とする。十二指腸下行部の観察は必須としない。</p> <p>撮影コマ数は食道・胃・十二指腸を含めて、40コマ程度が適当とする。病変の追加撮影は適宜行う。</p> <p>【撮影のポイント】</p> <p>上部食道</p> <p>食道は胃がん検診対象臓器ではないが、丹念な観察が望まれる。</p> <p>上部食道ではランドマークである左主気管支、椎体による圧迫に注意を払い、周在を取り違えないようにする。</p> <p>中部食道</p> <p>食道は唾液などによる泡が多いので十分な洗浄を行う。</p> <p>中部食道では前壁から的心拍動、後壁からの椎体圧迫により周在を確認し、全景が入るような観察記録を行う。</p> <p>下部食道</p> <p>下部食道では左壁に液体が貯留する場合があり、洗浄吸引して、粘膜面を露わにして観察記録を行う。</p> <p>食道胃接合部</p> <p>食道胃接合部 (EGJ) は扁平上皮円柱上皮接合部 (SCJ) の透見血管が良好に観察できるよう深吸気を行い、内腔を広げて記録する。</p> <p>島状円柱上皮、柵状血管網、発赤、粘膜傷害などの多彩な所見を呈することが多いので注意深く観察する。</p> <p>胃体上部後壁見下ろし</p> <p>胃体部後壁は直視型内視鏡を用いる見下ろしでは接戦方向となって観察しづらい。体上部では分水嶺(棚)と呼ばれる盛り上がりがあり、アングル操作を行い、盛り上がりの手前側も観察記録する。</p> <p>胃体中部後壁見下ろし</p> <p>体部では原則的に小弯を 12 時方向に置き、大弯のひだに留意しながら、比較的空気量を少なくして後壁の観察記録を行う。</p> <p>胃体下部後壁見下ろし</p> <p>体下部から胃角部の後壁はとりわけ観察し難い領域である。内視鏡に回転を加え、アングル操作を用いて後壁を観察するように工夫する。</p> <p>胃角上部後壁見下ろし</p> <p>胃角部に近づくと後壁の視野はさらに接線方向になるので、アングル操作を強くしなければならないことが多い。胃角後壁をランドマークとして画像に取り込むことが必要である。</p> <p>前庭部小弯</p> <p>前庭部は比較的観察しやすい領域であるが、胃角下小弯は内視鏡先端と近接して観察しづらい場合がある。粘膜面と一定の距離を取った観察記録が必要である。</p> <p>前庭部後壁</p> <p>前庭部でも後壁は接線方向となり、観察しづらい場合がある。内視鏡に回転を加えて、観察記録を行う必要がある。</p> <p>前庭部大弯</p> <p>大弯は粘液などが付着しやすいので、十分に洗浄を行ってから観察記録を行わなければならない。</p> <p>前庭部前壁</p> <p>鎮痙薬を使用しない被検者において胃角部から幽門洞に向けての蠕動波が起こることがあるので、運動休止期を待って観察記録を行う。</p> <p>胃角部のJターン</p> <p>胃体部小弯と後壁のJターン観察は重要であり、省くことがあってはならない。胃角部から噴門を遠望する画像は体部の弧状変形の拾い上げに重要であり、萎縮度の判定に欠かせない。</p> |

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|----|-------|---|
| | | <p>体下部のJターン 粘膜面を舐めるように、胃角部直上の体下部から噴門直下まで小弯と後壁を中心に、可能ならば前壁まで内視鏡を回転させて観察記録する。</p> <p>体中部のJターン 体上部から体中部小弯を中心とした病変が見落とされる最大の原因はこのJターン観察を省くことにある。丹念な観察記録が重要である。</p> <p>噴門直下のJターン 噴門直下の体上部小弯の観察は省略してはならない。内視鏡を回転させて、前後壁も観察記録し、内視鏡軸の後方に隠された病変の存在にも留意しなければならない。</p> <p>体下部前壁見下ろし 胃体部前壁と大弯では付着する粘液や胃液、泡を洗浄除去し、空気量を比較的多めとして、観察記録する。</p> <p>体下部大弯見下ろし 空気量が少ない場合や胃液、粘液が除去されていないと病変が隠されることが起りうる。</p> <p>体中部前壁大弯見下ろし ひだとひだの間に病変が隠されていないことを確認できる見下ろし画像を記録する。空気量を多くしてもひだ間が広がらない場合には深吸気、さらに背臥位誘導を実施する。</p> <p>体上部大弯見下ろし ひだの走行がはじまる体上部までアングル操作を用いて十分に観察記録する。粘液湖の粘膜面に吸引痕を付けないように留意しなければならない。</p> <p>【意図的に記録しなければならない場所】</p> <p>噴門直下の小弯 Jターン 直視型内視鏡を用いた場合、観察しにくい箇所が胃内には存在するが、第一がこの部位である。強いアングル操作が必要となる。</p> <p>噴門部はヘリコバクター・ピロリ未感染者であっても発がんに注意を要する部位である。胃を十分に伸展し、反転操作で必ず360℃を4方向から画像を記録する。</p> <p>胃角部あるいは体下部からの小弯後壁 Jターン 省略した場合、胃体部小弯を中心とした弧状変形や粘膜萎縮が見落とされる。Jターン観察画像は多めに撮影する。</p> <p>胃角部後壁見下ろし 的確なアングル操作と内視鏡の回転を行わないと、接線方向の観察となってしまうので注意する。</p> <p>幽門輪前部から幽門輪 幽門輪前部に横走する偽幽門輪がある場合や幽門輪が後壁側に開く場合に観察しづらくなるが、幽門輪を確実に捉えた観察記録が必須である。</p> |
| 生検 | 生検の実施 | <p>(1)生検は医療保険給付の対象（平成15年7月30日厚生労働省医療課事務連絡）となるので、あらかじめ検診の自己負担額のほかに、生検実施に対する保険診療の自己負担額が追加される可能性があることを受診者に説明し、了承を得ておく。</p> <p>(2)生検は胃腫瘍性病変が想定される場合にのみ行い、生検実施は最小限にとどめること。</p> <p>(3)同時生検を実施した場合には、全て精密検査受診者として扱い、精密検査結果連絡票も合わせて提出すること。</p> <p>(4)病変の性状をより詳しく観察するため、検診に引き続いて生検を実</p> |

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|---------|-----------|---|
| | | <p>施する場合には、色素散布（0.4%インジゴカルミンを2～5倍に希釈したものを散布）を行ってよい。</p> <p>食道粘膜へのルゴール散布は傷害が発生する可能性があり、胃内視鏡検査では避けること。</p> |
| 機器管理 | 洗浄・消毒の方法 | <p>使用した内視鏡機器は、ベッドサイド洗浄・用手洗浄後に自動洗浄消毒装置を使用して洗浄消毒する。内視鏡機器の洗浄消毒には高水準消毒液を推奨する。強酸性電解質やオゾン水と言った機能水については十分な管理の下で使用する。</p> <p>詳細な洗浄手順・消毒や管理は「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド【改訂版】」や「消化器内視鏡の洗浄・消毒標準化にむけたガイドライン」に準拠する。</p> |
| 偶発症への対応 | 偶発症対応への準備 | <p>(1)偶発症が起こりうることが明記された検査同意書を取得する。</p> <p>(2)偶発症を意識した問診を行う。(既往歴、検査歴、服用薬（特に抗血栓薬）、アレルギーの有無、歯科治療における麻酔時の状況など)</p> <p>(3)胃内視鏡検査時に鎮痙薬など使用する場合には、使用上の注意事項を熟知し、思わぬ副作用などに備える必要がある。</p> <p>ア 鎮痛薬・鎮静薬は原則使用しない。</p> <p>イ 呼吸停止、心停止への備えは常に必要であり、酸素、バッグバルブマスク（BVM）、気管挿管セット、心電図モニター、除細動器（AED）など救命救急設備は備えておく必要がある。</p> <p>ウ 救急カートを近くに置き、輸液、強心剤など必要な医薬品を常備する。</p> <p>エ 検査時間に余裕をもたせ、常に準備を怠らないことが必要である。</p> <p>オ 救急カートを点検し、定期的に緊急対応の訓練を行う。</p> |
| | 偶発症の発生報告 | <p>医療機関は検査の中止や処置（投薬、点滴、止血処置など）を要する偶発症、医療機関の紹介など何らかの対応が必要であった偶発症については、様式4をもって市へ速やかに報告する。</p> <p>市が何らかの対策が必要と判断した場合は、胃がん検診検討会に諮り症例について検討する。</p> |
| 結果通知 | 検査終了時説明 | 検査終了時に、検査の概要、生検の有無について説明を行う。この際、検査の結果はダブルチェックにより最終的な判定が決定することから、検査時の結果は変更される可能性があり、最終的な判定結果を確認する必要性があることを説明する。 |
| | 結果報告 | 検査実施後、速やかにダブルチェックを行い、少なくとも検査実施後4週間以内に検診結果の通知を行う。（2週間以内の結果通知が望ましい） 結果は対面で検査結果を提示しながら説明する。 ただし、検査結果が「胃がんなし」の場合のみ郵送での結果通知を可とする。 |
| | 市への報告 | 実施医療機関及び読影医療機関は検診結果を市へ報告する（様式5） 検診時に生検を実施した場合には精密検査結果連絡票も合わせて提出する。（様式6） |
| 個人情報 | 個人情報の保護 | 実施機関及び検診関係者は、検診結果の取扱いに細心の注意を払い、秘密の保持に万全を期さなければならない。 |

| 項目 | 内 容 | 詳 細 |
|--------------|-------|------------------------------|
| 胃がん検診 検討会 | 設置の目的 | 検診の標準化及び精度管理を図ることを目的に市が設置する。 |
| その他 | | この要領の定めのない事項については、市長が定める。 |

3 様式一覧・・・胃がん内視鏡検診の冠は省略

(様式1)受診票

(様式2)対象者への説明（胃がん検診の対象者に最低限説明・確認しておくべきこと）

(様式3)同意書

(様式4)偶発症報告書

(様式5)原簿（検査結果報告書）

(様式6)精検結果連絡票

胃がん内視鏡検診受診票

別紙1

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------|-------------------|-----|--|--|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---|--|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| No. | | | 受 診 年月日 | R 年 年 日 | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険の種類 | 1 旭川市発行の国民健康保険 | 2 その他の保険(社保・共済・国保組合等) | 免除区分 | 1 70歳以上の方 | 2 65歳以上の後期高齢障害認定者 | 4 生活保護世帯の方 | 5 非課税世帯の方 | その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | (氏) (名) | | | | | 生年月日 ※どちらかに○ | 大正 昭和 年 月 日 年齢 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 旭川市 | | | | | 電話 携帯電話 ー ー | 自宅 ー ー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 血縁の方で胃がんにかかった人がいますか。 <input type="checkbox"/> いる(配偶者・父・母・兄弟姉妹・子・その他()) <input type="checkbox"/> いない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ (②に「はい」と答えた方のみ) 直近の検査について以下の質問にお答えください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) どちらで受診しましたか。 <input type="checkbox"/> 市町村(自治体) <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2) どのような検査方法で行いましたか。 <input type="checkbox"/> 胃部X線(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 血液(ABC)検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3) 検査の時期はいつですか。 【昭和・平成・令和 年 / 歳の時】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 現在、以下の症状はありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> つかえ <input type="checkbox"/> 吐気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 吐・下血 <input type="checkbox"/> その他()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 咽喉頭、食道、胃、十二指腸疾患の既往歴はありますか。ある場合はその治療についてもお答えください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃がん</td> <td><input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性腫瘍(疾患名:)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胃潰瘍</td> <td><input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍</td> <td><input type="checkbox"/> 逆流性食道炎</td> <td><input type="checkbox"/> 胃ポリープ</td> <td><input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍</td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> その他()</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 胃がん | <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性腫瘍(疾患名:) | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 | <input type="checkbox"/> 胃ポリープ | <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃がん | <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性腫瘍(疾患名:) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 | <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 | <input type="checkbox"/> 胃ポリープ | <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| → 「ある」と答えた方)以下のうち、受診経験がある治療を教えてください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 外科手術(手術名: 実施年月: 年 月頃) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡治療(ポリープ切除含む) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 上記⑤以外で、現在治療中の疾患はありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高血圧</td> <td><input type="checkbox"/> 狹心症</td> <td><input type="checkbox"/> 心筋梗塞</td> <td><input type="checkbox"/> 不整脈</td> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症</td> <td><input type="checkbox"/> 前立腺肥大</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 緑内障</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病(インスリン皮下注射または血糖降下剤の服用: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> その他()</td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 狹心症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 糖尿病(インスリン皮下注射または血糖降下剤の服用: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし) | | | | | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 狹心症 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 糖尿病(インスリン皮下注射または血糖降下剤の服用: <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 現在、血液を固まりにくくする薬(抗血栓薬)を服用していますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 服用している (薬品名: <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> その他()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 服用していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 以下の薬剤等で過去に具合が悪くなったり、じんましんやかぶれなどのアレルギー症状が出たことはありますか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> キシロカイン(局所麻酔や歯科麻酔など)</td> <td><input type="checkbox"/> ヨード(イソジン、CT検査など)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> アルコール(清浄錠など)</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> キシロカイン(局所麻酔や歯科麻酔など) | <input type="checkbox"/> ヨード(イソジン、CT検査など) | <input type="checkbox"/> アルコール(清浄錠など) | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> キシロカイン(局所麻酔や歯科麻酔など) | <input type="checkbox"/> ヨード(イソジン、CT検査など) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> アルコール(清浄錠など) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 覚えていない) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> わからない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (治療年月: 年 月頃) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

胃がん検診の対象者に確認・説明しておくべきこと

- 1 胃がんは、わが国のがん死亡の上位に位置すること。
- 2 胃がん検診では、胃がんを見つけるのが目的であるが、胃がん以外の疾患が見つかった場合は検査医が対応するのでその指示に従うこと。
- 3 検診の利益
 - ・胃内視鏡検査による胃がん検診は、有効性が科学的に評価されていること。
- 4 検診の不利益
 - ・出血や穿孔などの偶発症が発生する場合があること（偶発症の発生）。
 - ・がんがあっても、検査の結果が「陰性」となることがある（偽陰性）。
 - ・がんがなくても、検査結果が「陽性」となることがあり、精密検査を要することがある（偽陽性）。
 - ・検診を受診することで、結果的には発見せずに放置しても症状がなく死亡にもつながらないがんを発見してしまうことがある（過剰診断・過剰治療）。
- 5 検査対象外や禁忌に該当する人でないこと。
- 6 胃がん検診は、2年に1回の受診の継続が重要であること。
- 7 検査結果が「胃がん疑い」の場合は、精密検査として再度の胃内視鏡検査を受ける必要があること。
- 8 検査結果については、実施医療機関を通して市に報告されること。
- 9 内服中の薬がある場合は、医師に漏れなく報告し、検査医の指示に従うこと。
- 10 生検を実施した場合、保険診療となるため健康保険証の持参が必要であり、別途費用が発生すること。
- 11 検査結果が「異常なし」の場合でも、症状がある場合は必ず医療機関を受診すること。

同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法(胃X線撮影)と内視鏡を用いる方法(胃内視鏡検査)があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【胃内視鏡検査の方法】

口（もしくは鼻）から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ(生検)、細胞の検査を行うことがあります。また、色素を散布して、病変を見やすくすることができます。

なお、生検が行われた場合は、生検については保険診療として別途請求があります。また、生検により粘膜に傷ができるので、検査後当日の食事はやわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。

【偶発症（検査によってまれに起こる不都合な症状）】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検査では10万件に183.8件と調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検査による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。※日本消化器がん検診学会委員会報告 胃がん検診偶発症アンケート引用

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- (1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔(穴があくこと)
- (2) 生検による出血、穿孔
- (3) 薬剤によるアレルギー(呼吸困難、血圧低下など)
- (4) 検査前からあった疾患の悪化(症状の出ていなかった疾患も含む)
- (5) 鼻から内視鏡を入れた場合は、鼻痛、鼻出血

なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。なお、偶発症にかかる治療費は通常の保険診療となります。

【検診結果について】

旭川市の胃内視鏡検査は全てダブルチェック（検査医ではない医師が検査画像を確認すること）を実施しています。がん検診の胃内視鏡検査当日には、胃がんの疑いがないと判定された場合でも、ダブルチェックにより、後日再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と通知される場合があります。その際には、必ず精密検査を受診してください。

令和 年 月 日 説明医師名 _____

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意いたします。

【生検の実施について】

異常がある場合には、病変の一部をつまみ、細胞の検査を行うことがあります。

生検を実施しても構いませんか。 生検を行う事に同意する。 生検を行う事に同意しない。

令和 年 月 日

受診者署名 _____

受診者代理署名 _____ (続柄)

旭川市胃がん検診(内視鏡検査)偶発症報告書

記入日 令和 年 月 日

次のとおり報告いたします。

医療機関名

| | | | |
|---------------|---|----|---------|
| 検診実施日 | 令和 年 月 日 | | |
| フリガナ 受診者氏名 | | 性別 | 1.男 2.女 |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 (歳) | | |
| 基礎疾患 | 1 あり () 2 なし | | |
| 内視鏡の機種 | 1 経口 2 経鼻 | | |
| 偶発症の種類 | 1 穿孔 2 鼻出血(処置が必要なもの) 3 粘膜裂創 4 気腫(穿孔症例との重複も含む) 5 生検部位からの後出血 6 前処置薬剤によるアナフィラキシーショック 7 その他の偶発症 () | | |
| 部位 | 1 鼻腔 2 咽喉頭 3 食道 4 胃・十二指腸 5 その他 () | | |
| 重症度 | 1 外来処置(自院・他院) 2 入院(自院・他院) 3 死亡 | | |
| 入院医療機関 | | | |
| 偶発症発症時の状況 | | | |

※処置を必要とした偶発症を報告してください。

胃がん検診原簿
(胃内視鏡・胃部X線)

No.1

別紙5(5部複写)

| 番号 | 実施月日 | 住所 (住所) 旭川市 | 氏名 カナ | 実施年月日 生年月日(年齢) 漢字 | 【和暦】 年月 月 日 | 一次検診 実施医療機関名 | 診断結果 | 総合判定 | | 自己負担免除及び健康保険資格の区分 | |
|----|------|-------------------|----------|-------------------------|----------------------|-----------------|------|---|--|---|---|
| | | | | | | | | 診断名 | 指示 | | |
| | 月 | | | | | | 一次検査 | 1. 胃がん 2. 胃がん疑い 3. 胃炎 4. 胃ポリープ 5. 胃潰瘍 | 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍瘢痕 S. その他 S. その他の内容を記入 | 1. 2年後受診(検診)でよい 2. 経過観察(　か月後) 7. 要精密検査 (紹介先: 9. その他 | 1. 70歳以上 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 4. 生活保護世帯 5. 非課税世帯 6. その他() |
| | 日 | | | | | | | | | 保険の種類 1. 旭川市国民健康保険 2. 旭川市国民健康保険以外の健康保険 ※ | |
| | | | | | | | | | | 検査医: | |
| | 月 | | | | | | 一次検査 | 1. 胃がん 2. 胃がん疑い 3. 胃炎 4. 胃ポリープ 5. 胃潰瘍 | 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍瘢痕 S. その他 S. その他の内容を記入 | 1. 2年後受診(検診)でよい 2. 経過観察(　か月後) 7. 要精密検査 (紹介先: 9. その他 | 1. 70歳以上 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 4. 生活保護世帯 5. 非課税世帯 6. その他() |
| | 日 | | | | | | | | | 保険の種類 1. 旭川市国民健康保険 2. 旭川市国民健康保険以外の健康保険 ※ | |
| | | | | | | | | | | 検査医: | |
| | 月 | | | | | | 一次検査 | 1. 胃がん 2. 胃がん疑い 3. 胃炎 4. 胃ポリープ 5. 胃潰瘍 | 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍瘢痕 S. その他 S. その他の内容を記入 | 1. 2年後受診(検診)でよい 2. 経過観察(　か月後) 7. 要精密検査 (紹介先: 9. その他 | 1. 70歳以上 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 4. 生活保護世帯 5. 非課税世帯 6. その他() |
| | 日 | | | | | | | | | 保険の種類 1. 旭川市国民健康保険 2. 旭川市国民健康保険以外の健康保険 ※ | |
| | | | | | | | | | | 検査医: | |

注) ①番号に一部変則的なところがありますが、電算入力のためですご了承ください。

②精査(生検)を実施した場合には【胃がん精密検査結果連絡票】を必ず提出してください。

③精査を目的として、他院に紹介となった場合は受診者に【胃がん精密検査担当の先生へのお願い】、【胃がん検診精査結果連絡票】をお渡しください。

④旭川市国民健康保険以外の健康保険には、その他健康保険(国保組合・社保・共済・民間企業の健康保険等)が含まれます。

胃がん検診原簿
(胃内視鏡・胃部X線)

| 番号 | 実施月日 | 住 所 | 氏 名 生年月日(年齢) | 一次検診 実施医療機関名 | 診断結果 | 総 合 判 定 | | | 【和暦】 年 月 | 旭川市提出用 |
|----|------|-------------|---|---------------------------|---|--|---|---|-------------------|--------|
| | | | | | | 診 断 名 | | 実施年月日 | | |
| | 月 | (住所) 旭川市 | カナ 漢字 生年月日 (電話番号) 年月日 (歳) ※受診日当日の年齢 | 一次検査 1. 精検不要 3. 要精検 | 1. 胃がん 2. 胃がん疑い 3. 胃炎 4. 胃ポリープ 5. 胃潰瘍 S. その他の内容を記入 | 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍瘢痕 S. その他 | 1. 2年後受診(検診)でよい 2. 経過観察(か月後) 7. 要精密検査 (紹介先: 9. その他 S. その他の内容を記入 | 1. 70歳以上 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 4. 生活保護世帯 5. 非課税世帯 6. その他() 保険の種類 1. 旭川市国民健康保険 2. 旭川市国民健康保険以外の健康保険 ※ | 自己負担免除及び健康保険資格の区分 | |
| | | | | | | 検査医: | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | 日 | (住所) 旭川市 | カナ 漢字 生年月日 (電話番号) 年月日 (歳) ※受診日当日の年齢 | 一次検査 1. 精検不要 3. 要精検 | 1. 胃がん 2. 胃がん疑い 3. 胃炎 4. 胃ポリープ 5. 胃潰瘍 S. その他の内容を記入 | 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍瘢痕 S. その他 | 1. 2年後受診(検診)でよい 2. 経過観察(か月後) 7. 要精密検査 (紹介先: 9. その他 S. その他の内容を記入 | 1. 70歳以上 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 4. 生活保護世帯 5. 非課税世帯 6. その他() 保険の種類 1. 旭川市国民健康保険 2. 旭川市国民健康保険以外の健康保険 ※ | 自己負担免除及び健康保険資格の区分 | |
| | | | | | | 検査医: | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | 月 | (住所) 旭川市 | カナ 漢字 生年月日 (電話番号) 年月日 (歳) ※受診日当日の年齢 | 一次検査 1. 精検不要 3. 要精検 | 1. 胃がん 2. 胃がん疑い 3. 胃炎 4. 胃ポリープ 5. 胃潰瘍 S. その他の内容を記入 | 6. 胃潰瘍瘢痕 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍瘢痕 S. その他 | 1. 2年後受診(検診)でよい 2. 経過観察(か月後) 7. 要精密検査 (紹介先: 9. その他 S. その他の内容を記入 | 1. 70歳以上 2. 65歳以上の後期高齢障害認定者 4. 生活保護世帯 5. 非課税世帯 6. その他() 保険の種類 1. 旭川市国民健康保険 2. 旭川市国民健康保険以外の健康保険 ※ | 自己負担免除及び健康保険資格の区分 | |
| | | | | | | 検査医: | | | | |
| | | | | | | | | | | |

胃がん検診原簿
(胃内視鏡・胃部X線)
ダブルチェック用

| | | | |
|--------------------|--|-------|---------|
| ダブルチェック 実施医療機関名 | | 実施年月日 | 【和暦】年 月 |
| 一次検診 実施医療機関名 | | 実施年月日 | 【和暦】年 月 |

一次検診実施医療機関保管用

| 番号 | 実施 月日 | 住 所 | 氏 名 | 診断結果 | |
|----|----------|-------------|------------------|---|-------------------------------|
| | | 電話番号 | 生年月日(年齢) | | |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | |
| | 月 | (電話番号) | 漢 字 | | |
| | 日 | — — | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 (年 歳) ※受診日当日の年齢 | タ'ブルチェック 1. 精検不要 3. 要精検 |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | |
| | 月 | (電話番号) | 漢 字 | | |
| | 日 | — — | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 (年 歳) ※受診日当日の年齢 | タ'ブルチェック 1. 精検不要 3. 要精検 |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | |
| | 月 | (電話番号) | 漢 字 | | |
| | 日 | — — | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 (年 歳) ※受診日当日の年齢 | タ'ブルチェック 1. 精検不要 3. 要精検 |

胃がん検診原簿 (胃内視鏡・胃部X線) ダブルチェック用

No.4

| | | | | | |
|--------------------|--|-------|------|---|---|
| ダブルチェック 実施医療機関名 | | 実施年月日 | 【和暦】 | 年 | 月 |
| 一次検診 実施医療機関名 | | 実施年月日 | 【和暦】 | 年 | 月 |

ダブルチェック医療機関保管用

| 番号 | 実施 月日 | 住 所 | 氏 名 | | 診断結果 |
|----|----------|-------------|------------------|---|------|
| | | 電話番号 | 生年月日(年齢) | | |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | |
| | | | 漢 字 | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 (年 歳) ※受診日当日の年齢 | |
| | | | | タ'ブルチェック 1. 精検不要 3. 要精検 | |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | |
| | | | 漢 字 | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 (年 歳) ※受診日当日の年齢 | |
| | | | | タ'ブルチェック 1. 精検不要 3. 要精検 | |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | |
| | | | 漢 字 | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 (年 歳) ※受診日当日の年齢 | |
| | | | | タ'ブルチェック 1. 精検不要 3. 要精検 | |

胃がん検診原簿 (胃内視鏡・胃部X線) ダブルチェック用

| | | | | | |
|--------------------|--|-------|------|---|---|
| ダブルチェック 実施医療機関名 | | 実施年月日 | 【和暦】 | 年 | 月 |
| 一次検診 実施医療機関名 | | 実施年月日 | 【和暦】 | 年 | 月 |

No.5

旭川市提出用

| 番号 | 実施 月日 | 住 所 | | 氏 名 | | 診断結果 |
|----|----------|---------------|----------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| | | 電話番号 | | 生年月日(年齢) | | |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | | タ'プルチェック |
| | | | 漢 字 | | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 | 1. 精検不要 3. 要精検 | |
| | | | (歳) ※受診日当日の年齢 | | | |
| | | (電話番号) — — | カ ナ | | | 検査医: _____ |
| | | | 漢 字 | | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 | 1. 精検不要 3. 要精検 | |
| | | | (歳) ※受診日当日の年齢 | | | |
| | | (住所) 旭川市 | カ ナ | | | 検査医: _____ |
| | | | 漢 字 | | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 | 1. 精検不要 3. 要精検 | |
| | | | (歳) ※受診日当日の年齢 | | | |
| | | (電話番号) — — | カ ナ | | | 検査医: _____ |
| | | | 漢 字 | | | |
| | | | 生 年 月 日 | T · S · H 年 月 日 | 1. 精検不要 3. 要精検 | |
| | | | (歳) ※受診日当日の年齢 | | | |

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり胃がん検診において、精密検査対象となりましたので御高診のほどよろしくお願ひいたします。

お手数をお掛けいたしますが、精密検査終了後に検査結果を以下の連絡票に御記入のうえ、**複写の下の紙を旭川市宛てに御返送いただきますよう**お願い申し上げます。(旭川市提出用と記載のあるものです。)
※旭川市の検診精度管理上、要精検者の把握を必要としますので、御協力をお願いいたします。

- 生検を実施した場合には必ずこの報告書が必要です。

検診時に同時生検を実施した場合は、1枚目と2枚目を医療機関控とし、3枚目を旭川市に御返送ください。

- 他院に精密検査を依頼する場合には1枚目を医療機関控とし、2, 3枚目を精密検査実施医療機関に渡してください。

● 一次検診結果 (以下、一次医療機関記載)

| | |
|-------------|-------------------------|
| 一次検診 実施日 | 令和 年 月 日 |
|-------------|-------------------------|

一次検診実施医療機関

| | |
|-------|-------|
| 医療機関名 | _____ |
| 住所 | _____ |
| 電話番号 | _____ |

| | | | | | | | | | | | |
|----|------|--|--|----|-----|----------|----------|---|---|----|-------|
| 氏名 | フリガナ | | | 性別 | 男・女 | 月生 日年 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 受診時年齢 |
| 漢字 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 旭川市 | | | | 電話 | - | | | | | |

一次検診結果 胃がん検診要精密検査 (胃内視鏡検査 胃部X線検査)

所見

精密検査担当の先生へのお願い

この方は、下記のとおり胃がん検診において、精密検査対象となりましたので御高診のほどよろしくお願ひいたします。

お手数をお掛けいたしますが、精密検査終了後に検査結果を以下の連絡票に御記入のうえ、**複写の下の紙を旭川市宛てに御返送いただきますよう**お願い申し上げます。(旭川市提出用と記載のあるものです。)

※旭川市の検診精度管理上、要精検者の把握を必要としますので、御協力をお願いいたします。

胃がん検診精検結果連絡票

■ 精密検査年月日

令和 年 月 日

■ 検査方法

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃部X線検査 | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 |
| <input type="checkbox"/> 鉗子生検 | <input type="checkbox"/> ポリペクトミー |
| <input type="checkbox"/> その他の検査 () | |

■ 精密檢查結果

- 異常認めず
 - 胃がん
 - 胃がんの疑い又は未確定
 - 胃炎
 - 胃ポリープ
 - 胃潰瘍
 - その他 ※内容を記入

■ 指示事項

- 定期的な検診受診勧奨

経過観察（　か月）

要治療

通院治療 入院治療

手術

他院へ紹介()

備考

二次検診実施医療機関

医療機関名

住 所

電話番号

● 一次検診結果（以下、一次医療機関記載）

| | | | | |
|-------------|----|---|---|---|
| 一次検診 実施日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-------------|----|---|---|---|

一次検診実施医療機関

医療機関名 _____
住 所 _____
電話番号 _____

| | | | | | | | | | | | |
|----|------|--|----|-----|------|------|---|---|----|-------|--|
| 氏名 | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 月生日年 | 大正昭和 | 年 | 月 | 日生 | 受診時年齢 | |
| | 漢字 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 旭川市 | | | | 電話 | — | — | — | 歳 | | |

一次検診結果 胃がん検診要精密検査（ 胃内視鏡検査 胃部X線検査）

所見

注) 本書は精検実施医療機関から、旭川市に提出するものです。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|---|-------------------------------------|-------|----------|--|---|---|--|------------|--|---|------|----|--------|-------|----------|---------------|---|---|----|------------|--------|--------------------------------|--|--|---------------------------------|--------|---|-------------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|-------------------------------|--|--|----------------------------------|--|--|--------------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--------------------------------|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|------|----|--------|-------|----------|----------|---|---|----|------------|--------|-----|--|--|--|--------|---|--|--|--|--|--------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 胃がん検診精検結果連絡票 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6" style="border-bottom: 1px solid black; padding: 2px;"> ■ 精密検査年月日 令和 年 月 日 </td> <td colspan="6" style="padding: 2px;"> ■ 検査方法 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 異常認めず </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃部X線検査 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃がん </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 鉗子生検 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> ポリペクトミー </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃がんの疑い又は未確定 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> その他の検査 () </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃炎 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃潰瘍瘢痕 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 定期的な検診受診勧奨 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃ポリープ </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 経過観察 (か月) </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍瘢痕 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 要治療 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> (<input type="checkbox"/> 通院治療 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 他院へ紹介()) </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> その他 ※内容を記入 </td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td colspan="3" style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="padding: 0; text-align: right; margin-top: 10px;"> 備考 </td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="padding: 0; text-align: right; margin-top: 10px;"> 二次検診実施医療機関 </td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="padding: 0; text-align: right; margin-top: 10px;"> 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="padding: 0; text-align: center; margin-top: 10px;"> ● 一次検診結果 (以下、一次医療機関記載) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 一次検診 実施日 </td> <td colspan="10" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 令和 年 月 日 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 一次検診結果 </td> <td colspan="10" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 一次検診実施医療機関 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 一次検診 実施日 </td> <td colspan="10" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="padding: 0; text-align: center; margin-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">氏 名</td> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td style="width: 20%;">漢字</td> <td style="width: 10%;">性 別</td> <td style="width: 10%;">男 · 女</td> <td style="width: 10%;">月生 日年</td> <td style="width: 10%;">大正 昭和</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日生</td> <td style="width: 10%;">受診時年齢 歳</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="4">旭川市</td> <td>電 話</td> <td colspan="5">-</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 一次検診結果 </td> <td colspan="10" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> 胃がん検診要精密検査 (<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 所見 </td> <td colspan="10" style="border: 1px solid black; padding: 2px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | ■ 精密検査年月日 令和 年 月 日 | | | | | | ■ 検査方法 | | | | | | <input type="checkbox"/> 異常認めず | | | <input type="checkbox"/> 胃部X線検査 | | | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 | | | <input type="checkbox"/> 胃がん | | | <input type="checkbox"/> 鉗子生検 | | | <input type="checkbox"/> ポリペクトミー | | | <input type="checkbox"/> 胃がんの疑い又は未確定 | | | <input type="checkbox"/> その他の検査 () | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 胃炎 | | | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍瘢痕 | | | <input type="checkbox"/> 定期的な検診受診勧奨 | | | | | | <input type="checkbox"/> 胃ポリープ | | | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 | | | <input type="checkbox"/> 経過観察 (か月) | | | | | | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | | | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍瘢痕 | | | <input type="checkbox"/> 要治療 | | | (<input type="checkbox"/> 通院治療 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 他院へ紹介()) | | | <input type="checkbox"/> その他 ※内容を記入 | | | | | | | | | | | | 備考 | | | | | | | | | | | | 二次検診実施医療機関 | | | | | | | | | | | | 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | | ● 一次検診結果 (以下、一次医療機関記載) | | | | | | | | | | | | 一次検診 実施日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | 一次検診結果 | | 一次検診実施医療機関 | | | | | | | | | | 一次検診 実施日 | | 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ | | | | | | | | | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">氏 名</td> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td style="width: 20%;">漢字</td> <td style="width: 10%;">性 別</td> <td style="width: 10%;">男 · 女</td> <td style="width: 10%;">月生 日年</td> <td style="width: 10%;">大正 昭和</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日生</td> <td style="width: 10%;">受診時年齢 歳</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="4">旭川市</td> <td>電 話</td> <td colspan="5">-</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | 氏 名 | フリガナ | 漢字 | 性 別 | 男 · 女 | 月生 日年 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 受診時年齢 歳 | 住 所 | 旭川市 | | | | 電 話 | - | | | | | 一次検診結果 | | <input type="checkbox"/> 胃がん検診要精密検査 (<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査) | | | | | | | | | | 所見 | | | | | | | | | | | |
| ■ 精密検査年月日 令和 年 月 日 | | | | | | ■ 検査方法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 異常認めず | | | <input type="checkbox"/> 胃部X線検査 | | | <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃がん | | | <input type="checkbox"/> 鉗子生検 | | | <input type="checkbox"/> ポリペクトミー | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃がんの疑い又は未確定 | | | <input type="checkbox"/> その他の検査 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃炎 | | | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍瘢痕 | | | <input type="checkbox"/> 定期的な検診受診勧奨 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃ポリープ | | | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 | | | <input type="checkbox"/> 経過観察 (か月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | | | <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍瘢痕 | | | <input type="checkbox"/> 要治療 | | | (<input type="checkbox"/> 通院治療 <input type="checkbox"/> 入院治療 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 他院へ紹介()) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 ※内容を記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二次検診実施医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ● 一次検診結果 (以下、一次医療機関記載) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一次検診 実施日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一次検診結果 | | 一次検診実施医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一次検診 実施日 | | 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">氏 名</td> <td style="width: 20%;">フリガナ</td> <td style="width: 20%;">漢字</td> <td style="width: 10%;">性 別</td> <td style="width: 10%;">男 · 女</td> <td style="width: 10%;">月生 日年</td> <td style="width: 10%;">大正 昭和</td> <td style="width: 10%;">年</td> <td style="width: 10%;">月</td> <td style="width: 10%;">日生</td> <td style="width: 10%;">受診時年齢 歳</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="4">旭川市</td> <td>電 話</td> <td colspan="5">-</td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | 氏 名 | フリガナ | 漢字 | 性 別 | 男 · 女 | 月生 日年 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 受診時年齢 歳 | 住 所 | 旭川市 | | | | 電 話 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | フリガナ | 漢字 | 性 別 | 男 · 女 | 月生 日年 | 大正 昭和 | 年 | 月 | 日生 | 受診時年齢 歳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住 所 | 旭川市 | | | | 電 話 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一次検診結果 | | <input type="checkbox"/> 胃がん検診要精密検査 (<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部X線検査) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |