

旭川市胃がん検診(胃内視鏡検査)受診票 様式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	フリガナ (氏)	(名)	男・女	生年月日	大正 昭和 年 月 日生 ※どちらかに○			年齢	
							4月1日現在		
住所	〒 旭川市			電	携帯電話	-	-		
				話	自宅	-	-	歳	
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 (<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 (<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <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 (<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(清浄綿など))									
<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)									