受付Ｎｏ．

胃がん検診受診票

検診年月日										
令和			年			月			日	
整理番号										

※　下記太枠内を記入してください。

フリガナ			性　別	生　年　月　日
氏　名	（姓）	（名）	男・女	大正□ 昭和□　　年　　月　　日
住　所	井原市		電 話	年齢　年度末年齢（　　歳）

過去1年間に胃がん検診を受けましたか（昨年4月以降）　いいえ　・　はい（レントゲン・内視鏡）

（女性の方のみお答えください）現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか　いいえ　・　はい

家族歴　あなたの血縁者にがんにかかった人はいますか　いいえ・はい（↓下欄該当に○をしてください）

続柄	①父　②母　③兄弟姉妹　④子	がん	肺・胃・大腸・前立腺・乳・子宮・その他（　　）
続柄	①父　②母　③兄弟姉妹　④子	がん	肺・胃・大腸・前立腺・乳・子宮・その他（　　）

1．胃部の痛み	2．便通	3．自分で胃が悪いと思うことがありますか。	4．今までにかかった胃腸の病気	5．ピロリ菌除菌歴
ア．ある　a．食事の直後　b．空腹時　c．食事に関係なし イ．ない	日　回 ア．普通 イ．やわらかい ウ．硬い エ．黒便	ア．ある イ．ない ウ．時々ある	ア．ある　診断（　　）　時期（　　）　手術（ある・ない） イ．ない	ア．ある（　　年　　月頃） イ．ない

医師記入欄　　フィルムNo.

		部　位		所見の出現		判　定	指　示	
胃透視	検診結果	(ア) □ 噴門部 □ 体　部 □ 胃角部 □ 前庭部 □ 幽門部 □ 球　部 □ その他	(イ) □ 小弯 □ 後壁 □ 大弯 □ 前壁	(ア) □ レリーフ □ 腹臥位 □ 背臥位 □ 正面 □ 第１斜位 □ 第２斜位 □ その他	(イ) □ 確実 □ 不確実	□ Ｇ　Ｕ □ Ｇ　Ｓ □ Ｇ　Ｃ □ Ｇ　Ｉ □ Ｇ　Ｐ □ Ｄ　Ｕ □ Ｄ　Ｓ □ ヘルニア □ その他 □ 異常なし	□ 治　療 □ 精　検 □ 観　察 □ 放　置 □ 異常なし	
内視鏡	検診結果	(ア) □ 噴門部 □ 体　部 □ 胃角部 □ 前庭部 □ 幽門部 □ 球　部 □ その他	(イ) □ 小弯 □ 後壁 □ 大弯 □ 前壁			□ Ｇ　Ｕ □ Ｇ　Ｓ □ Ｇ　Ｃ □ Ｇ　Ｉ □ Ｇ　Ｐ □ Ｄ　Ｕ □ Ｄ　Ｓ □ ヘルニア □ ＧＥＲＤ □ その他 □ 異常なし	□ 治　療 □ 精　検 □ 観　察 □ 放　置 □ 異常なし	

ダブルチェック

読影日	
読影医氏名	
1．一次判定通り 2．コメント	

実施医療機関、施行医氏名	
	医療機関コード（市記入）