

# 香川県胃がん検診の精度管理のための技術的指針

令和6年3月

香川県健康福祉部健康福祉総務課

## 香川県胃がん検診の精度管理のための技術的指針

第1	目的	1
第2	検診対象者	1
第3	実施回数	1
第4	検診計画の策定	1
第5	受診勧奨	1
第6	検診方法等	2
第7	検診結果の指導区分	3
第8	検診結果の報告及び通知	3
第9	検診記録の整備及び精密検査結果の把握	3
第10	事業評価	4
第11	検診実施機関	4
第12	精密検査等	5
	(別紙1) 胃X線検診のための読影判定区分	6
	(様式1号) 胃がん検診問診票	8
	(様式2号) 胃がん検診受診者名簿	9
	(様式3-1号) 胃がん検診結果記録票(胃部エックス線検査)	10
	(様式3-2号) 胃がん検診結果記録票(胃内視鏡検査)	11
	(様式4-1号) 胃がん検診結果通知書(胃部エックス線検査)	13
	(様式4-2号) 胃がん検診結果通知書(胃内視鏡検査)	14
	(様式5-1-1号) 胃部精密検査依頼書(胃部エックス線検査用)	15
	(様式5-1-2号) 胃部精密検査結果報告書(検診実施機関用)(胃部エックス線検査用)	16
	(様式5-1-3号) 胃部精密検査結果報告書(市町用)(胃部エックス線検査用)	17
	(様式5-2-1号) 胃部精密検査依頼書(胃内視鏡検査用)	18
	(様式5-2-2号) 胃部精密検査結果報告書(検診実施機関用)(胃内視鏡検査用)	19
	(様式5-2-3号) 胃部精密検査結果報告書(市町用)(胃内視鏡検査用)	20

# 香川県胃がん検診の精度管理のための技術的指針

## 第1 目的

この指針は、すべての市町において、国の指針等に基づいた科学的に効果の明らかな方法で、胃がん検診及びその精度管理が実施され、さらには事業評価や住民への受診勧奨などが適切に行われることにより、県民のがんの早期発見に資することを目的とする。

## 第2 検診対象者

胃がん検診の対象者は、当該市町に居住地を有する50歳以上の者とする。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の者を対象としても差し支えない。

## 第3 実施回数

胃がん検診は、原則として同一人について2年に1回実施する。なお、当分の間、胃部エックス線検査を年1回実施しても差し支えない。

## 第4 検診計画の策定

市町は、関係機関と十分協議の上、胃がん検診事業計画を策定する。なお、計画の策定に際しては、次の事項に留意する。

- 1 国立がん研究センターが示す「仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」※を参考として検診実施機関を決定し、下記の事項等について十分協議を行う。
- 2 検診対象者を住民基本台帳等で把握する。
- 3 検診実施期間、予定人数、実施場所を決定する。
- 4 検診の周知方法とその時期を決定する。
- 5 検診に必要な帳票類（様式1号・3号・4号・5号）を作成する。
- 6 検診実施後の結果集計等を行う。（「胃がん検診受診者名簿」（様式2号）等を利用する。）

※ 「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」  
([https://ganjoho.jp/med\\_pro/cancer\\_control/screening/check\\_list.html](https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html))

## 第5 受診勧奨

市町は、胃がん及び胃がん検診に関する正しい知識を普及啓発するとともに、対象者へ受診勧奨を行う。対象者のうち、これまで胃がん検診を受診したことがない者に対しては、積極的な受診勧奨を行う。

受診勧奨は、受診率の向上及び精度管理の観点から、個別通知によることが望ましく、次の事項に留意する。

- 1 受診者の拡大に努めるとともに、受診者の固定化を防止し、検診の効果の向上を図る。

- 2 罹患率や有病率などを参考とし、胃がん対策上重要と考えられる年齢層の受診を促進する。
- 3 他の検診受診機会の有無を確認するなど、対象者を正確に把握する。
- 4 検診対象者のリストを作成し、がん検診受診状況等を台帳等により管理する。
- 5 がん検診の対象者自身が、がん検診の利益・不利益を考慮した上で受診を検討できるよう、受診勧奨に当たっては、対象者に対してがん検診の利益・不利益の説明を行うこと。ただし、不利益の説明をするときは、指針に定めるがん検診の受診率低下を招かないよう、伝え方に留意すること。

<がん検診の利益・不利益について>

(利益の例)

- ・ 検診受診後のがんの早期発見・早期治療による死亡率減少効果があること
- ・ 早期に発見できるために侵襲の軽度な治療で済むこと
- ・ がん検診で「異常なし」と判定された場合に安心感を得られること等

(不利益の例)

- ・ 偽陰性、偽陽性（また、その判定結果を受けて不安を生じることや、結果として不必要な精密検査を受ける場合があること。） 、過剰診断、偶発症等

## 第6 検診方法等

検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。市町は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。

### 1 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

### 2 胃部エックス線検査

(1) 胃部エックス線検査は、胃がんの疑いのある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、原則としてDR（デジタル・ラジオグラフィ）撮影又は間接撮影とする。

ただし、地域の実情に応じ、直接撮影を用いても差し支えない。

なお、間接撮影は、10×10 cm以上のフィルムを用い、撮影装置は、被爆線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。

(2) 撮影枚数は、最低8枚とする。

(3) 撮影の体位及び方法は、日本消化器がん検診学会による「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版（2011年）」を参考とする。

(4) 造影剤の使用に当たっては、その濃度の適度を保つとともに、副作用等の事故に注意する。

(5) 胃部エックス線写真の読影は、原則として十分な経験を有する2名以上の医師によって行い、その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

### 3 胃内視鏡検査

胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2017年度版」を参考にすること。

## 第7 検診結果の指導区分

検診結果に基づく指導区分は、「要精検」、「精検不要」及び「要治療」（※胃内視鏡検査のみ）とし、それぞれ次の指導を行う。

なお、精密検査の要否は、胃部エックス線検査については、別紙1に基づき決定する。胃内視鏡検査については、ダブルチェックの判定結果を最終判定とする。

#### 1 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するように指導する。

#### 2 「精検不要」と区分された者

定期的な検診受診を勧める。併せて、検診で精検不要であったとしても、検診後に胃がんが疑われる症状等が出現した場合は、速やかに医療機関を受診するように指導する。

#### 3 「要治療」と区分された者（※胃内視鏡検査のみ）

治療が必要となるため、速やかに医療機関を受診するよう指導する。

## 第8 検診結果の報告及び通知

1 市町又は検診実施機関は、検診終了後速やかに、検診結果を「胃がん検診受診者名簿」（様式2号）に記録する。

2 市町又は検診実施機関は、検診結果報告を基に、受診者あてに「胃がん検診結果通知書」（様式4号）を作成し、精密検査等の必要性の有無を附し、受診者への結果の通知・説明、又はそのための市町への結果報告を、遅くとも検診受診後4週間以内に行う。

(1) 要精検：「胃がん検診結果通知書」（様式4号）

及び「胃部精密検査依頼書」（様式5号）

(2) 精検不要：「胃がん検診結果通知書」（様式4号）

(3) 要治療（※胃内視鏡検査のみ）：「胃がん検診結果通知書」（様式4号）

## 第9 検診記録の整備及び精密検査結果の把握

1 検診実施機関における検診記録の整備

(1) 検診実施機関は、二重読影及び比較読影の結果を「胃がん検診結果記録票」（様式3号）等に記録し、少なくとも5年間は保存する。また、胃部エックス線画像及び胃内視鏡画像は、少なくとも5年間は保存する。

(2) 検診実施機関は、検診結果を市町に報告する。

2 市町における検診記録の整備

市町は、検診実施機関等と連携を図り、「胃がん検診受診者名簿」（様式2号）等に、受診者

の氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、画像の読影の結果、再検査の必要性の有無（胃内視鏡検査の場合）、精密検査の必要性の有無、精密検査受診勧奨の有無及び受診の有無、精密検査結果等を記録し、また、国のがん検診事業等の報告である「地域保健・健康増進事業報告」に対応できる集計表を作成する。

また、受診指導の記録を併せて整理するほか、必要に応じて個人票を作成し、医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

### 3 胃がん検診精密検査の把握

市町又は検診実施機関は、「胃部精密検査依頼書」（様式5号）等により精密検査実施医療機関に精密検査を依頼するとともに、確定診断の結果及び治療の状況等を把握する。

## 第10 事業評価

がん検診における事業評価については、令和5年6月に厚生労働省がん検診のあり方に関する検討会においてとりまとめられた報告書「がん検診事業のあり方について」（以下「報告書」という。）において示された基本的な考え方を基に、「事業評価のためのチェックリスト」※（以下「チェックリスト」という。）等により実施状況を把握するとともに、がん検診受診率、要精検率、精検受診率、陽性反応的中度、がん発見率等の「プロセス指標」に基づく評価を行うこととする。

市町は、「チェックリスト（市区町村用）」※を参考とするなどして、検診の実施状況を把握する。その上で、保健所、地域医師会及び検診実施機関等関係者と十分協議を行い、地域における実施体制の整備に努めるとともに、胃がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、検診実施機関の選定及び実施方法等の改善を行う。

また、県は、胃がん部会において、全国がん登録を活用するとともに、「チェックリスト（都道府県用）」※を参考とするなどして、がんの罹患動向、検診の実施方法及び精度管理の在り方等について専門的な見地から検討を行う。さらに、「チェックリスト（市区町村用及び検診実施機関用）」※の結果を踏まえ、市町に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行う。

報告書の見直しが行われた場合は、新たな内容に基づき事業評価を行うこととする。

※ 「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」を参考にする。

「事業評価のためのチェックリストおよび仕様書に明記すべき必要最低限の精度管理項目」  
([https://ganjoho.jp/med\\_pro/cancer\\_control/screening/check\\_list.html](https://ganjoho.jp/med_pro/cancer_control/screening/check_list.html))

## 第11 検診実施機関

- 1 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で胃がん検診が円滑に実施されるよう、「チェックリスト（検診実施機関用）」を参考にするなどして、胃部エックス線検査、胃内視鏡検査等の精度管理に努める。
- 2 検診実施機関は、胃がんに関する正確な知識及び技能を有するものでなければならない。

- 3 胃内視鏡検査を行う医師は、原則として日本消化器がん検診学会認定医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本消化器病学会専門医のいずれかの資格を有する医師であること。
- 4 検診実施機関は、精密検査実施医療機関と連絡をとり、精密検査結果の把握に努めなければならない。
- 5 検診実施機関は、問診記録、画像及び検診結果を少なくとも5年間は保存しなければならない。
- 6 検診実施機関は、香川県がん対策推進協議会及び胃がん部会における検討結果を踏まえ、その指導又は助言に基づき、実施方法等の改善に努める。

## 第12 精密検査等

- 1 胃がん検診において「要精検」とされた場合は、必ず精密検査を受けるよう、あらかじめ全ての検診受診者に周知する。

なお、その際には、精密検査を受診することにより、胃がんの早期治療ができる可能性があるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行う。
- 2 精密検査実施医療機関は、精密検査の結果を、速やかに検査を依頼した者に対し通知する。

(別紙1)

## 胃 X線検診のための読影判定区分

カテゴリー	カテゴリーの説明	管理区分
1	胃炎・萎縮の無い胃	精検不要
2	慢性胃炎を含む良性病変	
3a	存在が確実でほぼ良性だが、精検が必要な所見	要精検
3b	存在または質的診断が困難な所見	
4	存在が確実で悪性を疑う所見	
5	ほぼ悪性と断定できる所見	

### 管理区分

管理区分は基本的に精検該当（要精検）と精検不要の2区分である。精検不要者には必要に応じて H. pylori 感染や除菌治療の情報提供・啓発などを行う。

### 精検不要

#### \*カテゴリー1：胃炎・萎縮の無い胃

ポイント：低リスク群の囲い込みと将来的な対策型検診からの除外。

- ・ H. pylori 未感染相当胃を意味しており、将来、逐年検診が不要な低リスク群として扱うことを想定している。ピロリ菌感染診断は画像診断のみでは困難で、他の診断法との併用が必要なことからピロリ菌未感染胃とは定義せず、胃炎・萎縮の無い胃とした。
- ・ H. pylori 未感染胃に生じた胃底腺ポリープ、隆起型びらん、胃憩室などは異常なしと判断してカテゴリー1と判定してよい（各施設の対応でよい）。
- ・ 受診者への結果通知は精検不要、“異常なし”とするのが望ましい。

#### \*カテゴリー2：慢性胃炎を含む良性病変

ポイント：高リスク群の囲い込みと H. pylori 感染対策との連携。

- ・ 胃がんリスク因子である H. pylori 感染（除菌例も含む）があつて、将来的に癌が発生する可能性がある高リスク群として扱うことを想定。
- ・ H. pylori 感染の有無、あるいは胃炎・萎縮の有無の判定が困難な場合はカテゴリー2とするのが望ましい。
- ・ H. pylori 未感染であつても、悪性化の可能性があるため逐年検診が望ましいと考えられる良性疾患も含む（粘膜下腫瘍など）。ピロリ菌未感染であつてもカテゴリー2となる。
- ・ 病変描出が良好で精検不要な良性病変と診断可能なもの：胃潰瘍癒痕、胃ポリープ、胃粘膜下腫瘍、十二指腸潰瘍癒痕など。慢性胃炎にはA型胃炎も含まれる。
- ・ 問診による除菌歴聴取は必須である。問診で除菌歴が確認された場合は、胃炎・萎縮が無くてもカテゴリー2として扱っても良い。
- ・ 慢性胃炎の事後指導としての除菌誘導は施設の対応に任せる。
- ・ 受診者への結果通知は精検不要となるが、付記として“胃ポリープ”等の診断名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。



## 要精検

### \*カテゴリー 3a：存在が確実でほぼ良性だが、精検が必要な所見

ポイント：良性病変の確定診断と治療への誘導。

- ・病変存在が確実でほぼ良性と判断できるが、完全には悪性を否定できないために要精検とする場合、カテゴリー 2 で要精検とはせずにカテゴリー 3a として精検扱いにする。
- ・対策型がん検診には要治療（要医療）という管理区分が設定できないため、治療が必要な良性疾患はカテゴリー 3a として精検扱いにする。

受診者への結果通知は要精検となるが、付記として“隆起性病変疑い”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

### \*カテゴリー 3b：悪性を否定できない何らかの所見はあるが、①病変が確実に存在するとは判断できない所見（存在診断が不確実）、②病変存在は確実だが良悪性判定が困難な所見（質的診断が不確実）につけるカテゴリーである。

ポイント：不確実所見からの拾い上げ。

- ・病変存在が確実な場合は、できるだけカテゴリー 3a または 4 をつけて安易に 3b としない。少しでも悪性を疑う場合は積極的にカテゴリー 4 をつける。
- ・読影不能であっても再撮影を行わず要精検とするのであれば、カテゴリー 3b として精検扱いにする（カテゴリー 0 は設定しない）。

受診者への結果通知は要精検となるが、付記として“粘膜不整”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

### \*カテゴリー 4：存在が確実で悪性を疑う所見

ポイント：癌に対する特異度が低くても感度を重視する。

- ・病変の存在が確実であり、悪性を疑うものはカテゴリー 4 である。

悪性所見の描出が不十分でも悪性を強く疑う場合は積極的に 4 とする。

受診者への結果通知は要精検となるが、付記として“隆起性病変疑い”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

### \*カテゴリー 5：ほぼ悪性と断定できる所見

ポイント：癌に対する感度が低くても特異度を重視する。

- ・悪性所見の描出が良好でほぼ悪性と判断できるもの。
- ・早期癌でも明らかな所見があればカテゴリー 5 として良い。

受診者への結果通知は要精検となるが、付記として“陥凹性病変疑い”等の所見名を通知してもよい（各施設の対応でよい）。

- ・施設によっては至急精検の管理区分を設けてもよい。

平成 28 年度「日本消化器がん検診学会胃がん検診精度管理委員会報告」より

(様式1号)

# 胃がん検診問診票

市町名

検診日	年 月 日	胃がん検診の種類	<input type="checkbox"/> 胃部エックス線	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査
ふりがな		住所		
氏名		電話番号 ( )	-	
生年月日	年 月 日 ( 歳)	性別	男 ・ 女	

◎次の1～15の質問について、該当する番号等を○で囲い、カッコ内には内容を記入してください。

1 胃がん検診を受けたことがありますか(もともと最近の検査)	(1)はい (いつ頃: 年( 歳)) ①エックス線 ②内視鏡 ③血液検査 ・ペプシノゲン検査 ③血液検査 ・ピロリ菌検査 (結果: )	(2)いいえ
2 今まで右記の病気にかかったことがありますか	(1)はい (いつ頃: 年( 歳)) ①胃炎 ②胃潰瘍 ③十二指腸潰瘍 ④胃ポリープ ⑤その他( )	(2)いいえ
3 上記の病気で手術をしたことがありますか	(1)はい (いつ頃: 年( 歳)) (病名: )	(2)いいえ
4 ピロリ菌の感染診断検査をしたことはありますか	(1)はい (結果:①陰性 ②陽性 ③不明)	(2)いいえ (3)わからない
5 ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか	(1)はい (いつ頃: 年( 歳)) (結果:①成功 ②不成功 ③不明)	(2)いいえ (3)わからない
6 右記の症状はありますか	(1)はい ①腹痛 (空腹時 ・食後 ・食事と無関係) ②吐き気、吐くこと ③ みぞおちの不快感 ④ 胸焼け、げっぷ ⑤ 食欲不振 ⑥ 体重減少( kgの減) ⑦ 便秘(3日以上・2日に1回) ⑧ その他( )	(2)いいえ
7 血縁者で胃がんになった人はいますか	(1)はい ①父 ②母 ③兄弟 ④姉妹 ⑤祖父 ⑥祖母	(2)いいえ (3)わからない
8 歯の麻酔で気分が悪くなったことがありますか	(1)はい	(2)いいえ (3)わからない
9 薬剤アレルギーはありますか	(1)はい (薬の種類: )	(2)いいえ (3)わからない
10 現在、右記の治療を受けていますか	(1)はい ①高血圧 ②狭心症、不整脈などの心臓の病気 ③緑内障 ④前立腺肥大症 ⑤甲状腺機能亢進症	(2)いいえ (3)わからない
11 現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリン)を服用していますか	(1)はい (薬の種類: )	(2)いいえ (3)わからない
12 過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか	(1)はい [ 結果 ① 陽性 : B型 ・ C型 ② 陰性 ③ 不明 ]	(2)いいえ (3)わからない
13 入れ歯を入れていますか	(1)はい	(2)いいえ
14 鼻腔の手術をしたことがありますか	(1)はい	(2)いいえ
15 タバコは吸いますか	(1)現在吸っている (2)過去に吸っていたがやめた	(3)吸っていない

(様式2号)

## 胃がん検診受診者名簿

市町名： \_\_\_\_\_  
 実施日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検診場所： \_\_\_\_\_

実施人員： \_\_\_\_\_

No.	氏名	性別	生年月日 年齢	国民健康 保険の被保 険者	住所・ 電話番号	3年以内 受診歴	検診結果						検診結果						
							胃部エックス線検診読影判定区分						胃内視鏡検診結果						
							1	2	3a	3b	4	5	要精検 の有無	生検 有無	胃がん なし	胃がん 疑い	胃がん あり	胃がん 以外の 悪性病 変	再検査 の必要 性 有無

(下段に続く)

精密検査の受診				精密検査結果						偶発症の有無				備考
受診 奨励	精検 受診	精検 未受診	精検受 診不明 (未把握)	異常なし	胃がん (転移性を 含まない)	胃がんのうち		胃がんの疑 い又は未確 定	胃がん以外の 疾患 (転移性の胃がんを 含む)	検診中/ 検診後		精密検査中/ 精密検査後		
						胃がんの うち 早期がん	早期がんの うち 粘膜内がん			重篤な 偶発症	偶発症に よる死亡	重篤な 偶発症	偶発症に よる死亡	


# 胃がん検診結果記録票(胃部エックス線検査)

市町名


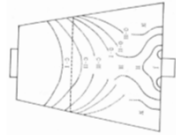
ふりがな				住所				
氏名				電話番号	( )	-		
生年月日	年	月	日 (年齢)	歳	性別	男・女		
撮影日	年	月	日	撮影場所				
検診機関名				検診機関住所				
				電話番号	( )	-		
一次読影所見	担当医				読影日	年	月	日
部位A					部位B			
					(1) <input type="checkbox"/> 食道 (1) <input type="checkbox"/> 小彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (2) <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (3) <input type="checkbox"/> 前壁 (4) <input type="checkbox"/> 胃体部 (4) <input type="checkbox"/> 後壁 (5) <input type="checkbox"/> 胃角部 (5) <input type="checkbox"/> 全周 (6) <input type="checkbox"/> 前底部 (7) <input type="checkbox"/> 幽門部 (8) <input type="checkbox"/> 十二指腸			
					<b>所見</b> (1) <input type="checkbox"/> 瀑状 (7) <input type="checkbox"/> 胃角変形 (13) <input type="checkbox"/> 皺襞異常 (19) <input type="checkbox"/> 球部変形 (2) <input type="checkbox"/> 下垂 (8) <input type="checkbox"/> 小彎短縮 (14) <input type="checkbox"/> 粗大皺襞 (20) <input type="checkbox"/> 食物残渣 (3) <input type="checkbox"/> 変形胃 (9) <input type="checkbox"/> 彎入 (15) <input type="checkbox"/> 粘膜異常 (21) <input type="checkbox"/> その他 (4) <input type="checkbox"/> 手術胃 (10) <input type="checkbox"/> ニッシェ (16) <input type="checkbox"/> 透亮像 ( ) (5) <input type="checkbox"/> 辺縁不整 (11) <input type="checkbox"/> フレック (17) <input type="checkbox"/> 欠損像 (6) <input type="checkbox"/> 直線化 (12) <input type="checkbox"/> 皺襞集中 (18) <input type="checkbox"/> 球部不亮			
二次読影所見	担当医				読影日	年	月	日
部位A					部位B			
					(1) <input type="checkbox"/> 食道 (1) <input type="checkbox"/> 小彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (2) <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (3) <input type="checkbox"/> 前壁 (4) <input type="checkbox"/> 胃体部 (4) <input type="checkbox"/> 後壁 (5) <input type="checkbox"/> 胃角部 (5) <input type="checkbox"/> 全周 (6) <input type="checkbox"/> 前底部 (7) <input type="checkbox"/> 幽門部 (8) <input type="checkbox"/> 十二指腸			
					<b>所見</b> (1) <input type="checkbox"/> 瀑状 (7) <input type="checkbox"/> 胃角変形 (13) <input type="checkbox"/> 皺襞異常 (19) <input type="checkbox"/> 球部変形 (2) <input type="checkbox"/> 下垂 (8) <input type="checkbox"/> 小彎短縮 (14) <input type="checkbox"/> 粗大皺襞 (20) <input type="checkbox"/> 食物残渣 (3) <input type="checkbox"/> 変形胃 (9) <input type="checkbox"/> 彎入 (15) <input type="checkbox"/> 粘膜異常 (21) <input type="checkbox"/> その他 (4) <input type="checkbox"/> 手術胃 (10) <input type="checkbox"/> ニッシェ (16) <input type="checkbox"/> 透亮像 ( ) (5) <input type="checkbox"/> 辺縁不整 (11) <input type="checkbox"/> フレック (17) <input type="checkbox"/> 欠損像 (6) <input type="checkbox"/> 直線化 (12) <input type="checkbox"/> 皺襞集中 (18) <input type="checkbox"/> 球部不亮			
検診中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの					比較読影所見		精検要否	
・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )							要・否	

## 胃がん検診結果記録票(胃内視鏡検査)

市町名

ふりがな				住所				
氏名				電話番号	( )	-		
生年月日	年	月	日 (年齢)	歳	性別	男・女		
実施日	年	月	日	実施場所				
検診機関名				検診機関住所				
				電話番号	( )	-		
一次読影所見	担当医				読影日	年	月	日
所見の部位	(1) <input type="checkbox"/> 食道 (7) <input type="checkbox"/> 胃角部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (8) <input type="checkbox"/> 前底部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (9) <input type="checkbox"/> 幽門部 (4) <input type="checkbox"/> 胃体上部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (10) <input type="checkbox"/> 球部 (5) <input type="checkbox"/> 胃体中部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (11) <input type="checkbox"/> 十二指腸下降部(脚) (6) <input type="checkbox"/> 胃体下部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎							
所見の種類	(1) <input type="checkbox"/> 隆起 (7) <input type="checkbox"/> 出血 (2) <input type="checkbox"/> 陥没 (8) <input type="checkbox"/> 集中 (3) <input type="checkbox"/> 平坦 (9) <input type="checkbox"/> 変形 (4) <input type="checkbox"/> 発赤 (10) <input type="checkbox"/> 手術胃 (5) <input type="checkbox"/> 褪色 (6) <input type="checkbox"/> 白苔				ピロリ菌感染状態判定			
	その他				(1) <input type="checkbox"/> 未感染 (2) <input type="checkbox"/> 既感染(除菌後) (3) <input type="checkbox"/> 現感染の疑い			
				生検				
				(1) <input type="checkbox"/> 無 (2) <input type="checkbox"/> 有				
				生検結果 Group 1 2 3 4 5				
				組織診断( )				
良性疾患	(1) <input type="checkbox"/> ( )ポリープ (2) <input type="checkbox"/> 胃炎 (3) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 (A H S ) (4) <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 (5) <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 (6) <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 (A H S ) (7) <input type="checkbox"/> その他( ) (8) <input type="checkbox"/> 胃腺腫							
悪性疾患	(1) <input type="checkbox"/> 胃がん 早期(分類 ) (2) <input type="checkbox"/> 胃がん 進行(分類 ) (3) <input type="checkbox"/> 食道がん (4) <input type="checkbox"/> その他( )							
判定区分	(1) <input type="checkbox"/> 胃がんなし (2) <input type="checkbox"/> 胃がん疑い (3) <input type="checkbox"/> 胃がんあり (4) <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変						コメント	
胃がん検診中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの								
(1) 重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )								
(2) 偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )								

(裏面に続く)

二次読影所見	担当医		読影日	年	月	日	
部位	(1) <input type="checkbox"/> 食道 (7) <input type="checkbox"/> 胃角部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (8) <input type="checkbox"/> 前底部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (9) <input type="checkbox"/> 幽門部 (4) <input type="checkbox"/> 胃体上部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (10) <input type="checkbox"/> 球部 (5) <input type="checkbox"/> 胃体中部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (11) <input type="checkbox"/> 十二指腸下降部(脚) (6) <input type="checkbox"/> 胃体下部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎						
所見の種類	(1) <input type="checkbox"/> 隆起 (7) <input type="checkbox"/> 出血 (2) <input type="checkbox"/> 陥没 (8) <input type="checkbox"/> 集中 (3) <input type="checkbox"/> 平坦 (9) <input type="checkbox"/> 変形 (4) <input type="checkbox"/> 発赤 (10) <input type="checkbox"/> 手術胃 (5) <input type="checkbox"/> 褪色 (6) <input type="checkbox"/> 白苔			 その他		<b>ピロリ菌感染状態判定</b> (1) <input type="checkbox"/> 未感染 (2) <input type="checkbox"/> 既感染(除菌後) (3) <input type="checkbox"/> 現感染の疑い	
			<b>生検</b> (1) <input type="checkbox"/> 不要 (2) <input type="checkbox"/> 妥当 (2) <input type="checkbox"/> 必要				
内視鏡的萎縮パターン	(1) <input type="checkbox"/> 萎縮無し (2) <input type="checkbox"/> 判定不能 (3) 閉鎖型萎縮境界 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> C-3 (4) 解放型萎縮境界 <input type="checkbox"/> C-1 <input type="checkbox"/> C-2 <input type="checkbox"/> C-3						
良性疾患	(1) <input type="checkbox"/> ( )ポリープ (2) <input type="checkbox"/> 胃炎 (3) <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 (A H S ) (4) <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 (5) <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 (6) <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 (A H S ) (7) <input type="checkbox"/> その他( ) (8) <input type="checkbox"/> 胃腺腫						
悪性疾患	(1) <input type="checkbox"/> 胃がん 早期(分類 ) (2) <input type="checkbox"/> 胃がん 進行(分類 ) (3) <input type="checkbox"/> 食道がん (4) <input type="checkbox"/> その他( )						
判定区分	(1) <input type="checkbox"/> 胃がんなし (2) <input type="checkbox"/> 胃がん疑い (3) <input type="checkbox"/> 胃がんあり (4) <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変 コメント ( )						
再検査の必要性	(1) <input type="checkbox"/> あり (2) <input type="checkbox"/> なし						

(様式4-1号)

## 胃がん検診結果通知書(胃部エックス線検査)

氏 名 \_\_\_\_\_ 様

性 別 男 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日に実施いたしました検査の結果は、下記のとおりでしたので、お知らせします。○印があなたの検診結果です。

### 記

- 1 今回の検査では、「精密検査」は必要ありません。

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。また、自覚症状がある場合には、次回の検診を待たずに、最寄りの医療機関の受診をお勧めします。

- 2 今回の検査の結果、「精密検査」が必要です。

検診を受けた医療機関の医師の指示に従い、「胃部精密検査依頼書」を御持参の上、最寄りの消化器専門医療機関を受診してください。

なお、健康保険証は必ず持参してください。

年 月 日

検診機関名 \_\_\_\_\_

担当医氏名 \_\_\_\_\_

胃がん検診実施主体(市町担当部署) \_\_\_\_\_

## 胃がん検診結果通知書(胃内視鏡検査)

氏 名 \_\_\_\_\_ 様

性 別 男 女

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住 所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日に実施いたしました検査の結果は、下記のとおりでしたので、お知らせします。○印があなたの検診結果です。

### 記

- 1 **精密検査不要**: 今回の検査では、胃がんは認められませんでした。

現在、胃がんあるいは胃がんを疑う病変はありません。

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。また、自覚症状がある場合には、次回の検診を待たずに、最寄りの医療機関の受診をお勧めします。

- 2 **要精密検査**: 今回の検査の結果、「再検査」が必要です。

胃内視鏡検査により再度内視鏡検査(精密検査)が必要とされましたので、「胃部精密検査依頼書」を御持参の上、できるだけ早く胃内視鏡検査の再検査を医療機関で受けてください。自覚症状がない胃がんもありますので、**自覚症状がなくても必ず再検査を受けてください。**

なお、健康保険証は必ず持参してください。

- 3 **要治療**: 今回の検査では、下記の病変が認められました。

(診断名など \_\_\_\_\_)が認められます。治療が必要となりますので、医療機関を受診してください。

なお、健康保険証は必ず持参してください。

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検診機関名 \_\_\_\_\_

担当医氏名 \_\_\_\_\_

胃がん検診実施主体(市町担当部署) \_\_\_\_\_



# 胃部精密検査依頼書



## ① 胃部精密検査実施医療機関保存用

胃部精密検査実施医療機関 殿

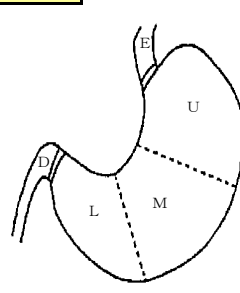
市町名 \_\_\_\_\_

下記の方は胃がん検診の結果、精密検査を要するのでよろしくお願いたします。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町にご回答ください。

ふりがな 氏名	住所 ( ) -	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
撮影日 年 月 日	撮影場所	画像番号		
検診機関名	検診機関住所 電話番号 ( ) -			
一次読影所見 担当医	読影日 年 月 日			
部位A 	部位B (1) <input type="checkbox"/> 食道 (1) <input type="checkbox"/> 小彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (2) <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (3) <input type="checkbox"/> 前壁 (4) <input type="checkbox"/> 胃体部 (4) <input type="checkbox"/> 後壁 (5) <input type="checkbox"/> 胃角部 (5) <input type="checkbox"/> 全周 (6) <input type="checkbox"/> 前底部 (7) <input type="checkbox"/> 幽門部 (8) <input type="checkbox"/> 十二指腸	判定区分 1 <input type="checkbox"/> 胃炎・萎縮の無い胃 2 <input type="checkbox"/> 慢性胃炎を含む良性病変 3a <input type="checkbox"/> 存在が確実でほぼ良性だが、 精検が必要な所見 3b <input type="checkbox"/> 存在または質的診断が困難な所見 4 <input type="checkbox"/> 存在が確実で悪性を疑う所見 5 <input type="checkbox"/> ほぼ悪性と断定できる所見		
所見 (1) <input type="checkbox"/> 瀑状 (7) <input type="checkbox"/> 胃角変形 (13) <input type="checkbox"/> 皺襞異常 (19) <input type="checkbox"/> 球部変形 (2) <input type="checkbox"/> 下垂 (8) <input type="checkbox"/> 小彎短縮 (14) <input type="checkbox"/> 粗大皺襞 (20) <input type="checkbox"/> 食物残渣 (3) <input type="checkbox"/> 変形胃 (9) <input type="checkbox"/> 彎入 (15) <input type="checkbox"/> 粘膜異常 (21) <input type="checkbox"/> その他 (4) <input type="checkbox"/> 手術胃 (10) <input type="checkbox"/> ニッシェ (16) <input type="checkbox"/> 透亮像 (5) <input type="checkbox"/> 辺縁不整 (11) <input type="checkbox"/> フレック (17) <input type="checkbox"/> 欠損像 (6) <input type="checkbox"/> 直線化 (12) <input type="checkbox"/> 皺襞集中 (18) <input type="checkbox"/> 球部不充				
二次読影所見 担当医	読影日 年 月 日			
部位A 	部位B (1) <input type="checkbox"/> 食道 (1) <input type="checkbox"/> 小彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (2) <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (3) <input type="checkbox"/> 前壁 (4) <input type="checkbox"/> 胃体部 (4) <input type="checkbox"/> 後壁 (5) <input type="checkbox"/> 胃角部 (5) <input type="checkbox"/> 全周 (6) <input type="checkbox"/> 前底部 (7) <input type="checkbox"/> 幽門部 (8) <input type="checkbox"/> 十二指腸	判定区分 1 <input type="checkbox"/> 胃炎・萎縮の無い胃 2 <input type="checkbox"/> 慢性胃炎を含む良性病変 3a <input type="checkbox"/> 存在が確実でほぼ良性だが、 精検が必要な所見 3b <input type="checkbox"/> 存在または質的診断が困難な所見 4 <input type="checkbox"/> 存在が確実で悪性を疑う所見 5 <input type="checkbox"/> ほぼ悪性と断定できる所見		
所見 (1) <input type="checkbox"/> 瀑状 (7) <input type="checkbox"/> 胃角変形 (13) <input type="checkbox"/> 皺襞異常 (19) <input type="checkbox"/> 球部変形 (2) <input type="checkbox"/> 下垂 (8) <input type="checkbox"/> 小彎短縮 (14) <input type="checkbox"/> 粗大皺襞 (20) <input type="checkbox"/> 食物残渣 (3) <input type="checkbox"/> 変形胃 (9) <input type="checkbox"/> 彎入 (15) <input type="checkbox"/> 粘膜異常 (21) <input type="checkbox"/> その他 (4) <input type="checkbox"/> 手術胃 (10) <input type="checkbox"/> ニッシェ (16) <input type="checkbox"/> 透亮像 (5) <input type="checkbox"/> 辺縁不整 (11) <input type="checkbox"/> フレック (17) <input type="checkbox"/> 欠損像 (6) <input type="checkbox"/> 直線化 (12) <input type="checkbox"/> 皺襞集中 (18) <input type="checkbox"/> 球部不充				

### 精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

1 検診結果 (1) <input type="checkbox"/> がん(確定) □ 原発性の胃がん □ T1a 粘膜内がん □ T1b 粘膜下層がん □ T2以上 進行がん □ 転移性の胃がん (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ( ) (3) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 未受診 (5) <input type="checkbox"/> 未把握 (6) <input type="checkbox"/> その他 □ 胃炎 □ 胃潰瘍 □ 十二指腸潰瘍 □ 共存潰瘍 □ 胃ポリープ □ 胃腺腫 □ ATP(異型上皮) □ 胃粘膜下腫瘍 □ その他の疾患 (7) <input type="checkbox"/> 異常なし (胃潰瘍瘢痕・十二指腸潰瘍瘢痕)	2 部位 	3 診断方法 (1) <input type="checkbox"/> X線検査 (2) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (3) <input type="checkbox"/> 生検 (4) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (5) <input type="checkbox"/> 未精検 □ 来院なし □ その他 ( )
4 診断後の処置(今後の方針) (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 要内視鏡治療 (3) <input type="checkbox"/> 入院治療 (4) <input type="checkbox"/> 通院治療 (5) <input type="checkbox"/> 経過観察 (6) <input type="checkbox"/> 他院紹介 病院名( ) (7) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	胃がん精密検査中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症の確認 □ なし □ あり( ) ・偶発症による死亡 □ なし □ あり( )	精密検査実施医療機関名 ( ) - 担当医師名 記載日 年 月 日

# 胃部精密検査結果報告書(検診実施機関用)

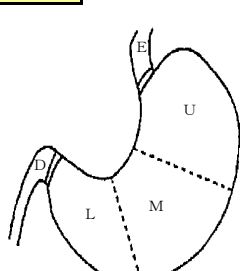
② 胃部一次検診実施機関保存用

市町名 \_\_\_\_\_

要精検者の精密検査の結果を以下のとおり通知します。

ふりがな 氏名	住所 ( ) -	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
------------	-------------	---------------	---------	-----------

## 精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

<b>1 検診結果</b> (1) がん(確定) <input type="checkbox"/> 原発性の胃がん <input type="checkbox"/> T1a 粘膜内がん <input type="checkbox"/> T1b 粘膜下層がん <input type="checkbox"/> T2以上 進行がん <input type="checkbox"/> 転移性の胃がん  (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ( ) (3) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 未受診 (5) <input type="checkbox"/> 未把握  (6) その他 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 共存潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃腺腫  <input type="checkbox"/> ATP(異型上皮) <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の疾患 (7) <input type="checkbox"/> 異常なし (胃潰瘍瘢痕・十二指腸潰瘍瘢痕)	<b>2 部位</b> 	<b>3 診断方法</b> (1) <input type="checkbox"/> X線検査 (2) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (3) <input type="checkbox"/> 生検 (4) <input type="checkbox"/> その他 ( )  (5) <input type="checkbox"/> 未精検 <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>4 診断後の処置(今後の方針)</b> (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 要内視鏡治療 (3) <input type="checkbox"/> 入院治療 (4) <input type="checkbox"/> 通院治療 (5) <input type="checkbox"/> 経過観察 (6) <input type="checkbox"/> 他院紹介 病院名( ) (7) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	胃がん精密検査中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	精密検査実施医療機関名 ( ) - 担当医師名  記載日 年 月 日

# 胃部精密検査結果報告書(市町用)

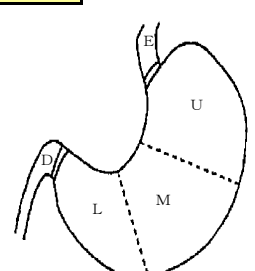
③ 市町保存用

市町名 \_\_\_\_\_

要精検者の精密検査の結果を以下のとおり通知します。

ふりがな	住所	生年月日	年	月	日
氏名	( ) -	年齢	歳	性別	男・女

## 精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

<b>1 検診結果</b> (1) がん(確定) <input type="checkbox"/> 原発性の胃がん <input type="checkbox"/> T1a 粘膜内がん <input type="checkbox"/> T1b 粘膜下層がん <input type="checkbox"/> T2以上 進行がん <input type="checkbox"/> 転移性の胃がん  (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ( ) (3) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 未受診 (5) <input type="checkbox"/> 未把握  (6) その他 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 共存潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃腺腫  <input type="checkbox"/> ATP(異型上皮) <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の疾患 (7) <input type="checkbox"/> 異常なし (胃潰瘍瘢痕・十二指腸潰瘍瘢痕)	<b>2 部位</b> 	<b>3 診断方法</b> (1) <input type="checkbox"/> X線検査 (2) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (3) <input type="checkbox"/> 生検 (4) <input type="checkbox"/> その他 ( )  (5) <input type="checkbox"/> 未精検 <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>4 診断後の処置(今後の方針)</b> (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 要内視鏡治療 (3) <input type="checkbox"/> 入院治療 (4) <input type="checkbox"/> 通院治療 (5) <input type="checkbox"/> 経過観察 (6) <input type="checkbox"/> 他院紹介 病院名( ) (7) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	胃がん精密検査中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	<b>精密検査実施医療機関名</b> ( ) - 担当医師名  記載日                      年    月    日

# 胃部精密検査依頼書



## ① 胃部精密検査実施医療機関保存用

胃部精密検査実施医療機関 殿

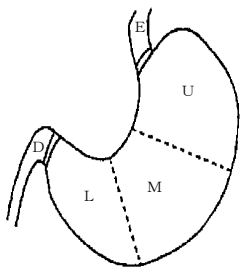
市町名 \_\_\_\_\_

下記の方は胃がん検診の結果、精密検査を要するのによろしくお願いたします。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果報告書2部(②、③)を一次検診機関又は市町にご回答ください。

ふりがな 氏名	住所 ( ) -	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
実施日 年 月 日	実施場所			
検診機関名	検診機関住所 電話番号 ( ) -			
一次読影所見 担当医	読影日 年 月 日			
<b>所見の部位</b> (1) <input type="checkbox"/> 食道 (7) <input type="checkbox"/> 胃角部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (8) <input type="checkbox"/> 前底部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (9) <input type="checkbox"/> 幽門部 (4) <input type="checkbox"/> 胃体上部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (10) <input type="checkbox"/> 球部 (5) <input type="checkbox"/> 胃体中部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (11) <input type="checkbox"/> 十二指腸下降部(脚) (6) <input type="checkbox"/> 胃体下部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎		<b>ピロリ菌感染状態判定</b> (1) <input type="checkbox"/> 未感染 (2) <input type="checkbox"/> 既感染(除菌後) (3) <input type="checkbox"/> 現感染の疑い <b>生検</b> (1) <input type="checkbox"/> 無 (2) <input type="checkbox"/> 有 生検結果 Group 1 2 3 4 5 組織診断( )		
<b>所見の種類</b> (1) <input type="checkbox"/> 隆起 (7) <input type="checkbox"/> 出血 (2) <input type="checkbox"/> 陥没 (8) <input type="checkbox"/> 集中 (3) <input type="checkbox"/> 平坦 (9) <input type="checkbox"/> 変形 (4) <input type="checkbox"/> 発赤 (10) <input type="checkbox"/> 手術胃 (5) <input type="checkbox"/> 褪色 (6) <input type="checkbox"/> 白苔 その他				
二次読影所見 担当医	読影日 年 月 日			
<b>所見の部位</b> (1) <input type="checkbox"/> 食道 (7) <input type="checkbox"/> 胃角部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (2) <input type="checkbox"/> 穹窿部 (8) <input type="checkbox"/> 前底部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (3) <input type="checkbox"/> 噴門部 (9) <input type="checkbox"/> 幽門部 (4) <input type="checkbox"/> 胃体上部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (10) <input type="checkbox"/> 球部 (5) <input type="checkbox"/> 胃体中部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎 (11) <input type="checkbox"/> 十二指腸下降部(脚) (6) <input type="checkbox"/> 胃体下部 ⇒ <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 小彎 <input type="checkbox"/> 大彎		<b>ピロリ菌感染状態判定</b> (1) <input type="checkbox"/> 未感染 (2) <input type="checkbox"/> 既感染(除菌後) (3) <input type="checkbox"/> 現感染の疑い <b>生検</b> (1) <input type="checkbox"/> 無 (2) <input type="checkbox"/> 有 生検結果 Group 1 2 3 4 5 組織診断( )		
<b>所見の種類</b> (1) <input type="checkbox"/> 隆起 (7) <input type="checkbox"/> 出血 (2) <input type="checkbox"/> 陥没 (8) <input type="checkbox"/> 集中 (3) <input type="checkbox"/> 平坦 (9) <input type="checkbox"/> 変形 (4) <input type="checkbox"/> 発赤 (10) <input type="checkbox"/> 手術胃 (5) <input type="checkbox"/> 褪色 (6) <input type="checkbox"/> 白苔 その他				

### 精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

<b>1 検診結果</b> (1) <input type="checkbox"/> がん(確定) <input type="checkbox"/> 原発性の胃がん <input type="checkbox"/> T1a 粘膜内がん <input type="checkbox"/> T1b 粘膜下層がん <input type="checkbox"/> T2以上 進行がん <input type="checkbox"/> 転移性の胃がん (2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ( ) (3) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定 (4) <input type="checkbox"/> 未受診 (5) <input type="checkbox"/> 未把握 (6) その他 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 共存潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃腺腫 <input type="checkbox"/> ATP(異型上皮) <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> その他の疾患 (7) <input type="checkbox"/> 異常なし (胃潰瘍瘢痕・十二指腸潰瘍瘢痕)	<b>2 部位</b> 	<b>3 診断方法</b> (1) <input type="checkbox"/> X線検査 (2) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 (3) <input type="checkbox"/> 生検 (4) <input type="checkbox"/> その他 ( ) (5) <input type="checkbox"/> 未精検 <input type="checkbox"/> 来院なし <input type="checkbox"/> その他 ( )
<b>4 診断後の処置(今後の方針)</b> (1) <input type="checkbox"/> 要手術 (2) <input type="checkbox"/> 要内視鏡治療 (3) <input type="checkbox"/> 入院治療 (4) <input type="checkbox"/> 通院治療 (5) <input type="checkbox"/> 経過観察 (6) <input type="checkbox"/> 他院紹介 病院名( ) (7) <input type="checkbox"/> 特に指示なし	胃がん精密検査中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの ・重篤な偶発症の確認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( ) ・偶発症による死亡 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	精密検査実施医療機関名 ( ) - 担当医師名 記載日 年 月 日

# 胃部精密検査結果報告書(検診実施機関用)

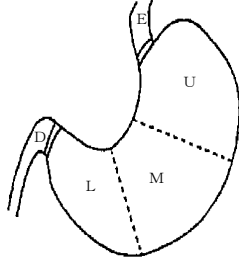
② 胃部一次検診実施機関保存用

市町名 \_\_\_\_\_

要精密検査者の精密検査の結果を以下のとおり通知します。

ふりがな	住所	生年月日	年	月	日
氏名	( ) -	年齢	歳	性別	男・女

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

<p><b>1 検診結果</b></p> <p>(1) がん(確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 原発性の胃がん</p> <p>    <input type="checkbox"/> T1a 粘膜内がん</p> <p>    <input type="checkbox"/> T1b 粘膜下層がん</p> <p>    <input type="checkbox"/> T2以上 進行がん</p> <p><input type="checkbox"/> 転移性の胃がん</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ( )</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 未受診</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 未把握</p> <p>(6) その他</p> <p><input type="checkbox"/> 胃炎</p> <p><input type="checkbox"/> 胃潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 共存潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ポリープ</p> <p><input type="checkbox"/> 胃腺腫</p> <p><input type="checkbox"/> ATP(異型上皮)</p> <p><input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/> その他の疾患</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 異常なし (胃潰瘍瘢痕・十二指腸潰瘍瘢痕)</p>	<p><b>2 部位</b></p> 	<p><b>3 診断方法</b></p> <p>(1) <input type="checkbox"/> X線検査</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 生検</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 未精検</p> <p>    <input type="checkbox"/> 来院なし</p> <p>    <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p><b>4 診断後の処置(今後の方針)</b></p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 要手術</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 要内視鏡治療</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 入院治療</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 通院治療</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 経過観察</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> 他院紹介 病院名( )</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 特に指示なし</p>	<p>胃がん精密検査中/後の偶発症の有無</p> <p>※入院治療を要するもの</p> <p>・重篤な偶発症の確認</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり( )</p> <p>・偶発症による死亡</p> <p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり( )</p>	<p>精密検査実施医療機関名</p> <p>( ) -</p> <p>担当医師名</p> <p>記載日 年 月 日</p>

# 胃部精密検査結果報告書(市町用)

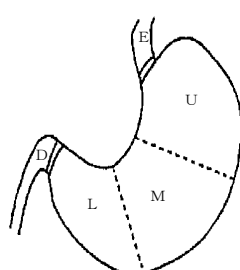
③ 市町保存用

市町名 \_\_\_\_\_

要精検者の精密検査の結果を以下のとおり通知します。

ふりがな 氏名	住所 ( ) -	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女
------------	-------------	---------------	---------	-----------

精密検査結果(精密検査実施医療機関記入欄)

<p><b>1 検診結果</b></p> <p>(1) がん(確定)</p> <p><input type="checkbox"/> 原発性の胃がん</p> <p>    <input type="checkbox"/> T1a 粘膜内がん</p> <p>    <input type="checkbox"/> T1b 粘膜下層がん</p> <p>    <input type="checkbox"/> T2以上 進行がん</p> <p><input type="checkbox"/> 転移性の胃がん</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> その他の悪性腫瘍 ( )</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 胃がんの疑いまたは未確定</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 未受診</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 未把握</p>	<p>(6) その他</p> <p><input type="checkbox"/> 胃炎</p> <p><input type="checkbox"/> 胃潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 共存潰瘍</p> <p><input type="checkbox"/> 胃ポリープ</p> <p><input type="checkbox"/> 胃腺腫</p> <p><input type="checkbox"/> ATP(異型上皮)</p> <p><input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍</p> <p><input type="checkbox"/> その他の疾患</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 異常なし (胃潰瘍瘢痕・十二指腸潰瘍瘢痕)</p>	<p><b>2 部位</b></p> 	<p><b>3 診断方法</b></p> <p>(1) <input type="checkbox"/> X線検査</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 内視鏡検査</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 生検</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> その他 ( )</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 未精検</p> <p>    <input type="checkbox"/> 来院なし</p> <p>    <input type="checkbox"/> その他 ( )</p>
<p><b>4 診断後の処置(今後の方針)</b></p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 要手術</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 要内視鏡治療</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 入院治療</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 通院治療</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 経過観察</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> 他院紹介 病院名( )</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 特に指示なし</p>	<p>胃がん精密検査中/後の偶発症の有無 ※入院治療を要するもの</p> <p>・重篤な偶発症の確認</p> <p>    <input type="checkbox"/> なし</p> <p>    <input type="checkbox"/> あり( )</p> <p>・偶発症による死亡</p> <p>    <input type="checkbox"/> なし</p> <p>    <input type="checkbox"/> あり( )</p>	<p>精密検査実施医療機関名</p> <p>( ) -</p> <p>担当医師名</p> <p>記載日 年 月 日</p>	