

大阪市胃がん検診(胃部エックス線検査)申込書・個人票 (医療機関実施)

「受診のご案内」を確認し同意のうえ、申し込みます。		収集した個人情報は本市が実施する健康増進事業の案内送付に使用します。今後、検診案内を希望しない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 希望しない					
フリガナ		1 明・2 大・3 昭和	受診日	令和	年	月	日
受診者署名 (氏名)	男・女	年 月 日 (歳)	医療機関コード (右詰で記入)				
住所 (住民票記載)	(〒 -) 区		医療機関名・所在地				
	(☎自宅 -) (☎携帯 - -)		〒				
健康保険証の種類	1: 国民健康保険, 2: 全国健康保険協会 (協会けんぽ), 3: 共済, 4: 船員保険, 5: 後期高齢, 6: 無保険, 7: その他 ()						
費用区分	1. 有料 2. 無料(内訳を選択) ⇒ (ア後期高齢・高齢受給 イ生活保護 ウ市民税非課税)						

次の質問事項に○印、または()内に記入してください。

太線内を受診者本人がボールペンで強く記入してください

1. 最近の1年間の健康状態についておたずねします。

① 胃の症状

1 胃痛・2 吐き気・3 吐く 4 胸やけ・5 げっぷ 6 胃もたれ・7 胃がはる	(1) 無	(2) 時々	(3) いつも有	(2)・(3) と答えた方 空腹時・食後・食事とは無関係	
	② 血を吐く、黒色便、下血	(1) 無	(2) 時々		(3) いつも有
	③ 体重減少	(1) 無	(2) 有 (月に kg減少)		
	④ 食欲不振	(1) 無	(2) 有		

⑤ 便秘 () 回 / () 日

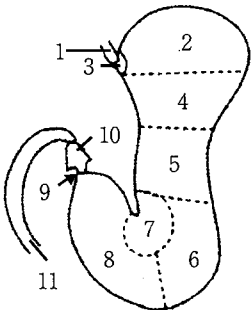
2. 今までに胃腸の病気をしたことがありますか。
 (1) 無 (2) 有 (胃潰瘍 [歳]・十二指腸潰瘍 [歳]・胃ポリープ [歳]・その他 () [歳])

3. 今までに胃腸の手術をしたことがありますか。
 (1) 無 (2) 有 (病名: [歳])

4. 血のつながりがある人で、がんにかかった人はいますか。
 (1) 無 (2) 有 ()

5. (女性の方へ)現在妊娠していますか。または妊娠の可能性ありますか。
 (1) しているまたは可能性がある (2) していない

6. 今までに胃がん検診を受けたことがありますか。
 1. 初めて受ける 2. 毎年受けている※ 3. 時々(2~3年毎)受けている※
 ※最近検査したのはいつですか。(最新のものを記入してください)
 年 月頃 (最新のものを記入してください)
 (1. 自治体実施する検診 2. 勤務先(或いは加入保険)が実施する検診 3. 自費)
 ⇒検査内容 1. 胃部エックス線(バリウム) 2. 胃内視鏡検査 3. 組織検査 4. その他 ()
 ⇒検査結果 1. 異常なし 2. 異常あり(精密検査結果:) 3. 不明

総合判定	検査所見	フィルムNo.
(精査不要) 1a. 異常認めず 1b. 所見あるが、精査不要	(部位) 1. 食道下部 2. 穹窿部 3. 噴門部 4. 胃体上部 5. 胃体中部 6. 胃体下部 7. 胃角部 8. 前庭部 9. 幽門部 10. 球部 11. 十二指腸 12. 胃全体 13. その他	(所見) ア. 小弯 イ. 大弯 ウ. 前壁 エ. 後壁 1. 術後胃 2. 胃小区粗大 3. 圧排 4. バリウム斑 5. 食物残渣 6. 充満不良 7. ニツシエ様陰影 8. 辺縁不整 9. 辺縁硬直 10. レリーフ不整 11. レリーフ肥厚 12. レリーフ集中 13. レリーフ顆粒状 14. 欠損様像 15. 透亮像 16. 変形 17. 胃角開大 18. 小弯短縮 19. 弯入 20. 狭窄 21. その他 ()
(近医要受診)		
(要精密検査)		

大阪市胃がん検診(胃部エックス線検査)申込書・個人票 (医療機関実施)

「受診のご案内」を確認し同意のうえ、申し込みます。		収集した個人情報は本市が実施する健康増進事業の案内送付に使用します。今後、検診案内を希望しない場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 希望しない	
フリガナ		1 明・2 大・3 昭和	受診日 令和 年 月 日
受診者署名 (氏名)	様	年 月 日生 (歳)	
住所	(〒 -) 区	医療機関名・所在地	
	(☎自宅 -) (☎携帯 - -)	〒	

☆☆☆がん検診のおしらせ☆☆☆

今回、あなたが受けられた胃がん検診(胃部エックス線検査)は、大阪市が取扱医療機関に委託しているものです。大阪市では、大腸がん検診・肺がん検診・乳がん検診(マンモグラフィ検査)を保健福祉センターや大阪市内の取扱医療機関で実施しています。また、胃がん検診(胃内視鏡検査)・子宮頸がん検診・乳がん検診(超音波検査)・前立腺がん検診を取扱医療機関のみで実施しています。詳しくは、お住まいの区の保健福祉センターまでお問い合わせください。

精密検査が必要となられた方へ

胃部エックス線検査の結果が要精密検査だった場合は、胃内視鏡検査による精密検査を必ず受けてください。胃内視鏡検査は口や鼻から内視鏡を挿入し、胃の状態を観察する検査です。その際、病変の一部をつまみとる(生検)ことがあります。



大阪市のがん検診精密検査受入協力医療機関

●●たばこは吸わない●●

日本人を対象とした研究の結果から、たばこは肺がんをはじめ食道がん、膵臓がん、胃がん、大腸がん、膀胱がん、乳がんなど多くのがんに関連することが示されました。たばこを吸う人は吸わない人に比べて、がんになるリスクが約1.5倍高まることもわかっています。

(国立がん研究センター がん情報サービス「科学的根拠に基づくがん予防」)

胃がん検診の結果について

先日受診された胃がん検診(胃部エックス線検査)の結果は、次のとおりです。

(○印があなたの結果です。)

今回異常がなくても定期的に、胃がん検診を受けましょう。

	異常は認められませんでした。ただし、自覚症状があるときは医療機関を受診してください。
<input type="checkbox"/>	十二指腸潰瘍の疑いがありますので、医師にご相談ください。
<input type="checkbox"/>	胆石の疑いがありますので、医師にご相談ください。
<input type="checkbox"/>	() の疑いがありますので、医師にご相談ください。
	詳しい検査(精密検査)が必要です。 できるだけ早く精密検査を受け、必ず病気の有無を確認してください。

○大阪市では、効果的で精度の高い検診体制を維持するため、ご本人及び受診医療機関に精密検査の受診状況や結果を問い合わせることがあります。