

改正後	改正前
<p>人あて速やかに通知する。</p> <p><b>6 検診の実施手順</b></p> <p>(1) 市町村</p> <p>① 市町村は、あらかじめ対象者を選定し、対象者の把握と未受診者対策に努める。</p> <p>② 胃内視鏡検診を実施する場合は、検診の対象、検診の実施方法、検査医の認定、ダブルチェックの運用方法、偶発症対策等の地域における運営方針や精度管理を検討するため、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）を設置する。</p> <p>③ 市町村は、集団検診を実施する場合は実施日時及び実施場所等を、個別検診を実施する場合は受診可能な医療機関について、広報等により住民に十分周知すること。</p> <p>④ 集団検診の場合は、検診実施機関から送付された検診結果を受診者あて通知する。個別検診の場合は、胃がん検診結果票（様式4-1又は4-2）により受診者の検診結果について把握する。</p> <p>⑤ 市町村は検診実施機関からの報告に基づき、胃がん検診の結果のお知らせ（様式5-1～4）により受診者に対し速やかに検診結果を通知する。</p> <p>⑥ 「要精密検査」と判定された者については、精密検査受診の有無を確認し未受診の者に対しては、再度、精密検査受診の勧奨（受診指導）を行う。</p> <p>⑦ 精密検査実施機関との連携の下、精密検査結果を把握するとともに、検診実施機関が把握した精密検査結果について報告を求める。</p> <p>(2) 検診実施機関</p> <p>① 検診実施機関は、検診の精度（検診機器の保守管理、検査の標準化等）に十分配慮の上、検査を実施する。</p> <p>② 検診受付時に、胃がん検診受診票（様式2-1又は2-2）等を回収する。</p> <p>③ 検査結果及び偶発症の有無とその内容については、胃がん検診結果票（胃エックス線検査の場合は様式4-1、胃内視鏡検査の場合は様式4-2）に記載する。また、受診者名簿に結果及び必要事項を記載し、胃がん検診結果票（胃内視鏡検査の場合は様式3も添付する）と併せて委託元の市町村へ送付する。 なお、今後の胃がん検診に資するため、検診により得られた受診者数、要精密検査者数、精密検査者数等のデータを市町村の求めに応じて毎年度報告するとともに、精密検査結果の把握に努める。</p> <p>④ 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年間保存しなければならない。</p> <p><b>7 精密検査等</b></p> <p>胃がん検診において「要精密検査」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知する。</p> <p>(1) 実施機関</p> <p>精密検査対象者が適切な精密検査を受診することができるよう、県は精密検査機関として必要な要件を別途定める。</p>	<p>人あて速やかに通知する。</p> <p><b>6 検診の実施手順</b></p> <p>(1) 市町村</p> <p>① 市町村は、あらかじめ対象者を選定し、対象者の把握と未受診者対策に努める。</p> <p>② 胃内視鏡検診を実施する場合は、検診の対象、検診の実施方法、検査医の認定、ダブルチェックの運用方法、偶発症対策等の地域における運営方針や精度管理を検討するため、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）を設置する。</p> <p>③ 市町村は、集団検診を実施する場合は実施日時及び実施場所等を、個別検診を実施する場合は受診可能な医療機関について、広報等により住民に十分周知すること。</p> <p>④ 集団検診の場合は、検診実施機関から送付された検診結果を受診者あて通知する。個別検診の場合は、胃がん検診結果票（様式4-1又は4-2）により受診者の検診結果について把握する。</p> <p>⑤ 市町村は検診実施機関からの報告に基づき、胃がん検診の結果のお知らせ（様式5-1、5-2、5-3）により受診者に対し速やかに検診結果を通知する。</p> <p>⑥ 「要精密検査」と判定された者については、精密検査受診の有無を確認し未受診の者に対しては、再度、精密検査受診の勧奨（受診指導）を行う。</p> <p>⑦ 精密検査実施機関との連携の下、精密検査結果を把握するとともに、検診実施機関が把握した精密検査結果について報告を求める。</p> <p>(2) 検診実施機関</p> <p>① 検診実施機関は、検診の精度（検診機器の保守管理、検査の標準化等）に十分配慮の上、検査を実施する。</p> <p>② 検診受付時に、胃がん検診受診票（様式2-1又は2-2）等を回収する。</p> <p>③ 検査結果及び偶発症の有無とその内容については、胃がん検診結果票（胃エックス線検査の場合は様式4-1、胃内視鏡検査の場合は様式4-2）に記載する。また、受診者名簿に結果及び必要事項を記載し、胃がん検診結果票（胃内視鏡検査の場合は様式3も添付する）と併せて委託元の市町村へ送付する。 なお、今後の胃がん検診に資するため、検診により得られた受診者数、要精密検査者数、精密検査者数等のデータを市町村の求めに応じて毎年度報告するとともに、精密検査結果の把握に努める。</p> <p>④ 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年間保存しなければならない。</p> <p><b>7 精密検査等</b></p> <p>胃がん検診において「要精密検査」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知する。</p> <p>(1) 実施機関</p> <p>精密検査対象者が適切な精密検査を受診することができるよう、県は精密検査機関として必要な要件を別途定める。</p>

改正後	改正前
<p>10 胃がん予防についての指導</p> <p>胃がんの予防においては、食生活の改善、禁煙、ヘリコバクター・ピロリの除菌等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担うことから、胃がん検診と緊密な連携が確保された実施体制を整備するなど、その効率的・効果的な実施に配慮する。</p> <p>11 個人情報の保護</p> <p>業務を担当した全ての関係者は、個人情報の適切な取り扱いに留意し、個人情報が目的以外に利用されることのないようにする。</p> <p>なお、地方公共団体等への精密検査の結果の情報提供は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（第23条第1項第3号）」に該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされているが（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知）」、一方、住民のがん検診への理解を得る観点からは、受診者に対して個人情報の利用目的等を説明し、十分な理解に基づく同意を得よう努めることとする。</p> <p>附 則</p> <p>この要領は、平成25年1月1日から施行する。  この要領は、平成28年1月1日から施行する。  この要領は、平成29年4月1日から施行する。  <b>この要領は、平成31年2月1日から施行する。</b></p>	<p>10 胃がん予防についての指導</p> <p>胃がんの予防においては、食生活の改善、禁煙、ヘリコバクター・ピロリの除菌等の一次予防と二次予防（検診）とが共に重要な役割を担うことから、胃がん検診と緊密な連携が確保された実施体制を整備するなど、その効率的・効果的な実施に配慮する。</p> <p>11 個人情報の保護</p> <p>業務を担当した全ての関係者は、個人情報の適切な取り扱いに留意し、個人情報が目的以外に利用されることのないようにする。</p> <p>なお、地方公共団体等への精密検査の結果の情報提供は、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」において、「公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき（第23条第1項第3号）」に該当し、必ずしも本人の同意を得る必要はないとされているが（医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日厚生労働省医政局長・医薬食品局長・老健局長通知）」、一方、住民のがん検診への理解を得る観点からは、受診者に対して個人情報の利用目的等を説明し、十分な理解に基づく同意を得よう努めることとする。</p> <p>附 則</p> <p>この要領は、平成25年1月1日から施行する。  この要領は、平成28年1月1日から施行する。  この要領は、平成29年4月1日から施行する。</p>

改正後

胃がん検診受診票（集団検診用）

検診日	年 月 日	受付番号	フィルム番号
フリガナ	性別	生年月日	大正昭和 年 月 日生
氏名	男・女	（満 歳）	
住所	〒	市 町 村	電話 - - 職業

問診 ※該当する項目の□にレ点や（ ）内に記入してください。

① 今までにバリウムを飲んで具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年 月頃）
② 今までに胃がん検診を受けたことがありますか。 ▶「はい」の場合、もっとも最近の検査の時期と結果をご記入ください	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> エックス線検査〔バリウム〕（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 内視鏡検査〔胃カメラ〕（ 年 月頃） ▶結果（ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査）
③ 今までに胃や十二指腸などの病気が診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年頃） 病名〔 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍〕
④ 今までに胃腸・胆のうの手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年頃） 部位〔 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> その他（ ）〕
⑤ ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年 月頃） ▶除菌結果〔 <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> わからない〕 <input type="checkbox"/> わからない
⑥ 最近、気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい〔 <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胃のはり <input type="checkbox"/> 胃のもたれ <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ〕
⑦ 水やお茶を飲んで、のどにつかえたりむせたりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑧ 薬剤アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（薬の種類： ） <input type="checkbox"/> わからない
⑨ 便秘しますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 3日以上 <input type="checkbox"/> 2日に1回）
⑩ 狭心症や不整脈などの心臓の病気がありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい〔埋込み型ペースメーカー/ICDの装着（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）〕
⑪ タバコは吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 現在、吸っている <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた } 1日の本数 喫煙年数 （ ）本 × （ ）年
⑫ お酒は飲みますか。	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む〔一日の飲酒量（ ） 頻度（ 日/週）（ 日/月）〕
⑬ 家族（血縁者）に、がんになった人はいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 病名（ ） 続柄（ ）

●女性の方はお答えください。

⑭ 現在妊娠していますか。又は妊娠の可能性はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
------------------------------	------------------------------	-----------------------------

注意事項

検査後、次のような症状があらわれた場合は、速やかに医療機関を受診してください。

じんましん、喉がつまる、息苦しい、気分不良、冷汗、顔面紅潮、吐き気 など

※精密検査の結果はお住まいの市町村へと報告されます。また、最初に受診した医療機関と異なる医療機関で精密検査を受けた場合は、医療機関の検診精度向上のため、最初に受診した医療機関にも後日精密検査結果が共有されます。

改正前

胃がん検診受診票（集団検診用）

検診日	平成 年 月 日	受付番号	フィルム番号
フリガナ	性別	生年月日	大正 昭和 年 月 日生
氏名	男・女	（満 歳）	
住所	〒	市 町 村	電話 - - 職業

◎問診 ※ 太枠内の当てはまる項目に○印または（ ）内に記入してください。

A	今までにバリウムを飲んで具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい（ 年 月頃）
B	今までに胃がん検診を受けたことがありますか。 ▶「はい」の場合、もっとも最近の検査の時期と、結果を御記入ください。	いいえ	はい 1) エックス線検査〔バリウム〕（ 年 月頃受診） 2) 内視鏡検査〔胃カメラ〕（ 年 月頃受診） 結果（ <input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 要精密検査）
C	今までに胃や腸などの病気が診断されたことがありますか。	いいえ	はい（ 年頃） 病名〔 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍・ <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍・ <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> その他（ ）〕
D	今までに胃腸・胆のうの手術を受けたことがありますか	いいえ	はい（ 年頃） 部位〔 <input type="checkbox"/> 胃・ <input type="checkbox"/> 十二指腸・ <input type="checkbox"/> 胆のう・ <input type="checkbox"/> その他（ ）〕
E	ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか。	いいえ	はい（ 年 月頃） 除菌結果〔 <input type="checkbox"/> 成功・ <input type="checkbox"/> 不成功・ <input type="checkbox"/> わからない〕 わからない
F	最近、気になる症状がありますか	いいえ	はい〔 <input type="checkbox"/> 胃の痛み・ <input type="checkbox"/> 吐き気・ <input type="checkbox"/> 胃のはり、もたれ <input type="checkbox"/> 体重減少・ <input type="checkbox"/> むねやけ、げっぷ〕
G	水やお茶を飲んで、のどにつかえたり、むせたりすることがありますか。	いいえ	はい
H	薬剤アレルギーはありますか。	いいえ	はい（薬の種類： ） わからない
I	便秘しますか。	いいえ	はい（ <input type="checkbox"/> 3日以上・ <input type="checkbox"/> 2日に1回）
J	狭心症や不整脈などの心臓の病気がありますか。	いいえ	はい 埋込み型ペースメーカー/ICDの装着（ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有）
K	タバコは吸いますか。	吸わない	現在、吸っている } 1日の本数 喫煙年数 過去に吸っていた } （ ）本 × （ ）年
L	お酒は飲みますか。	飲まない	飲む } 一日の飲酒量（ ） 以前飲んでた } 頻度（ 日/週）、（ 日/月）
M	家族（血縁者）に、がんになった人はいますか。	いいえ	はい 病名（ ） 続柄（ ）
	胃がん検診の精度向上のため、検査結果及び精密検査結果等を、市町村及び検診実施機関が把握することに同意しますか。	はい	いいえ 署名 _____ 印

●女性の方はお答えください。

O	現在妊娠していますか。又は妊娠の可能性はありますか。	いいえ	はい
---	----------------------------	-----	----

【注意事項】

検査後、次のような症状があらわれた場合は、速やかに医療機関を受診してください。

じんましん、喉がつまる、息苦しい、気分不良、冷汗、顔面紅潮、吐き気 など

改正後

胃がん検診受診票（個別検診用）

検診日	年 月 日	受付番号	検査方法	<input type="checkbox"/> エックス線検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査
フリガナ			性別	大正 昭和 年 月 日生
氏名			男・女	（満 歳）
住所			電話	- -
			職業	

問診 ※該当する項目の□にレ点や（ ）内に記入してください。

① 今までに胃がん検診を受けたことがありますか。 ＞「はい」の場合、もっとも最近の検査の時期と結果をご記入ください	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> エックス線検査〔バリウム〕（ 年 月頃） <input type="checkbox"/> 内視鏡検査〔胃カメラ〕（ 年 月頃） ＞結果（ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査）
② 今までに胃や十二指腸などの病気と診断されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年頃） 病名〔 <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍〕
③ 今までに胃腸・胆のうの手術を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年頃） 部位〔 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 十二指腸 <input type="checkbox"/> 胆のう <input type="checkbox"/> その他（ ）〕
④ ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年 月頃） ＞除菌結果〔 <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> わからない〕 <input type="checkbox"/> わからない
⑤ 最近、気になる症状がありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい〔 <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 胃のはり <input type="checkbox"/> 胃のもたれ <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ〕
⑥ 水やお茶を飲んで、のどにつかえたりむせたりすることがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑦ 薬剤アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（薬の種類： ） <input type="checkbox"/> わからない
⑧ 便秘しますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 3日以上 2日に1回）
⑨ 現在、高血圧の治療を受けていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑩ 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい〔埋込み型ペースメーカー/ICDの装着（ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）〕
⑪ 入れ歯を入れていますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑫ 右の（ ）内に記載している病気で治療を受けていますか。 （「はい」の場合、該当する病名に○を記入してください。）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい〔 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 心疾患〕 <input type="checkbox"/> わからない
⑬ 右の（ ）内の鼻の病気をしたことがありますか。また鼻の手術をしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 鼻茸 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎） 手術の有無（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> わからない
⑭ タバコは吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸わない	<input type="checkbox"/> 現在、吸っている } 1日の本数 喫煙年数 <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた }（ ）本 ×（ ）年
⑮ お酒は飲みますか。	<input type="checkbox"/> 飲まない	<input type="checkbox"/> 飲む { 一日の飲酒量（ ） 頻度（ 日/週）（ 日/月）
⑯ 家族（血縁者）に、がんになった人はいますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 病名（ ） 続柄（ ）

●エックス線検査（バリウム）を希望される方はお答えください。

⑰ 今までにバリウムを飲んで具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（ 年 月頃）
---------------------------------	------------------------------	------------------------------------

●内視鏡検査（胃カメラ）を希望される方はお答えください。

⑱ のどの麻酔や歯の治療で気分が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
⑲ 血液をさらさらにする薬をのんでいますか。または、飲んでいましたか。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（薬剤名）

※精密検査の結果はお住まいの市町村へと報告されます。また、最初に受診した医療機関と異なる医療機関で精密検査を受けた場合は、医療機関の検診精度向上のため、最初に受診した医療機関にも後日精密検査結果が共有されます。

改正前

胃がん検診受診票（個別検診用）

※太枠内は、検診を受ける方が御記入ください。

検診日	平成 年 月 日
検査方法	エックス線検査 ・ 内視鏡検査
〇〇市(町村)胃がん検診申込 兼 問診書(本人署名)	
フリガナ	性別
氏名	男・女
住所	大正 昭和 年 月 日生
	（満 歳）
	電話 - -
	職業

◎問診 ※太枠内の当てはまる項目に○印または（ ）内に記入してください。

A 今までに胃がん検診を受けたことがありますか。 （「はい」の場合、もっとも最近の検査の時期と、結果を御記入ください。）	いいえ	はい 1) エックス線検査〔バリウム〕（ 年 月頃受診） 2) 内視鏡検査〔胃カメラ〕（ 年 月頃受診） 結果（ <input type="checkbox"/> 異常なし・ <input type="checkbox"/> 要精密検査）
B 今までに胃や腸などの病気と診断されたことがありますか。	いいえ	はい（ 年頃） 病名〔 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍・ <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍・ <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> その他（ ）〕
C 今までに胃腸・胆のうの手術を受けたことがありますか。	いいえ	はい（ 年頃） 部位〔 <input type="checkbox"/> 胃・ <input type="checkbox"/> 十二指腸・ <input type="checkbox"/> 胆のう・ <input type="checkbox"/> その他（ ）〕
D ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか。	いいえ	はい（ 年 月頃） 除菌結果〔 <input type="checkbox"/> 成功・ <input type="checkbox"/> 不成功・ <input type="checkbox"/> わからない〕 わからない
E 最近、気になる症状がありますか。	いいえ	はい〔 <input type="checkbox"/> 胃の痛み・ <input type="checkbox"/> 吐き気・ <input type="checkbox"/> 胃のはり、 <input type="checkbox"/> もたれ <input type="checkbox"/> 体重減少・ <input type="checkbox"/> むねやけ、 <input type="checkbox"/> げっぷ〕
F 水やお茶を飲んで、のどにつかえたり、むせたりすることがありますか。	いいえ	はい
G 薬剤アレルギーはありますか。	いいえ	はい（薬の種類： ） わからない
H 便秘しますか。	いいえ	はい（ 3日以上・2日に1回）
I 現在、高血圧の治療を受けていますか。	いいえ	はい
J 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。	いいえ	はい
K 入れ歯を入れていますか。	いいえ	はい
L 右の（ ）内に記載している病気で治療を受けていますか。 （「はい」の場合、該当する病名に○を記入してください。）	いいえ	はい〔 <input type="checkbox"/> 緑内障・ <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症・ <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 心疾患〕 わからない
M 右の（ ）内の鼻の病気をしたことがありますか。また鼻の手術をしたことがありますか。	いいえ	はい（ <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎・ <input type="checkbox"/> 鼻茸・ <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎） ※手術の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） わからない
N タバコは吸いますか。	吸わない	現在、吸っている } 1日の本数 喫煙年数 過去に吸っていた }（ ）本 ×（ ）年
O お酒は飲みますか。	飲まない	飲む { 一日の飲酒量（ ） 頻度（ 日/週）、（ 日/月）
P 家族（血縁者）に、がんになった人はいますか。	いいえ	はい 病名（ ） 続柄（ ）

●エックス線検査（バリウム）を希望される方はお答えください。

⑰ 今までにバリウムを飲んで具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい（ 年 月頃）
---------------------------------	-----	-----------

●内視鏡検査（胃カメラ）を希望される方はお答えください。

R のどの麻酔や歯の治療で気分が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい
S 血液をさらさらにする薬をのんでいますか。または、飲んでいましたか。	いいえ	はい（薬剤名）

改正後

様式4-1

胃がん検診結果票（エックス線検査用）

担当医師（一次読影）						読影日	年 月 日	
担当医師（二次読影）						読影日	年 月 日	
背臥位 正面位像	背臥位 第一斜位像	背臥位 第二斜位像 (頭低位)	腹臥位 正面位像 (頭低位)	腹臥位 第一斜位像	右側臥位像	背臥位 第二斜位像 (振分像)	立位 第一斜位像	

A. 部位		B. 所見		C. エックス線診断			
a. ①食道 ②穹隆部 ③噴門部 ④胃体 ⑤胃角部 ⑥前庭部 ⑦幽門前庭部 ⑧幽門部 ⑨十二指腸球部 ⑩十二指腸 ⑪その他		a 辺 縁 ①変形 ②彎入 ③短縮 ④不整 ⑤欠損 ⑥硬化 ⑦ニッシェ ⑧二重輪郭 ⑨圧排 ⑩狭窄 ⑪伸展不良 ⑫ヘルニア ⑬憩室 ⑭その他		b. レリーフ ①陥凹 ②ニッシェ ③集中 ④乱れ ⑤顆粒状 ⑥粗大 ⑦透亮像 ⑧隆起 ⑨巨大皺壁 ⑩バリウム斑 ⑪食物残渣 ⑫その他		①胃がん ②胃腫瘍（がん以外） ③胃ポリープ ④胃潰瘍 ⑤胃潰瘍癒痕 ⑥胃炎 ⑦術後胃 ⑧十二指腸潰瘍 ⑨十二指腸潰瘍癒痕 ⑩食道がん ⑪食道腫瘍 ⑫食道裂孔ヘルニア ⑬憩室 (食道、胃、十二指腸) ⑭石灰化像 ⑮その他	

※一次と二次の読影区はそれぞれペンの色を変えて記入してください。  
 ※複数所見が確認できた場合は、項目を横でつないでください。

一次読影所見	二次読影所見
<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常（精検不要） <input type="checkbox"/> 胃がん疑い（要精検） <input type="checkbox"/> 胃がん以外の病変疑い <input type="checkbox"/> 読影困難による再検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常（精検不要） <input type="checkbox"/> 胃がん疑い（要精検） <input type="checkbox"/> 胃がん以外の病変疑い <input type="checkbox"/> 読影困難による再検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）

※判定が分かれた場合は、いずれか重い方の判定を検診結果としてください。

検診中/検診後の偶発症

なし あり
 

内容： <input type="checkbox"/> 誤嚥	<input type="checkbox"/> 転倒による骨折	<input type="checkbox"/> 腸閉塞	<input type="checkbox"/> 腸管穿孔
<input type="checkbox"/> 過敏症	<input type="checkbox"/> その他（ ）		

重症度：軽症(処置なし) 中等度(処置あり) 重傷(入院) 死亡

年 月 日 検診実施機関名

医師名

改正前

様式4-1

胃がん検診結果票（エックス線検査用）

背臥位 正面位像	背臥位 第一斜位像	背臥位 第二斜位像 (頭低位)	腹臥位 正面位像 (頭低位)	腹臥位 第一斜位像	右側臥位像	背臥位 第二斜位像 (振分像)	立位 第一斜位像

<b>A. 部位</b> a. 1. 食道 2. 穹隆部 3. 噴門部 4. 胃体 5. 胃角部 6. 前庭部 7. 幽門前庭部 8. 幽門部 9. 十二指腸球部 10. 十二指腸 11. その他  b. 1. 小彎 2. 大彎 3. 前壁 4. 後壁 5. 全周 6. 吻合部	<b>B. 所見</b> a. 辺 縁 1. 変形 2. 彎入 3. 短縮 4. 不整 5. 欠損 6. 硬化 7. ニッシェ 8. 二重輪郭 9. 圧排 10. 狭窄 11. 伸展不良 12. ヘルニア 13. 憩室 14. その他  b. レリーフ 1. 陥凹 2. ニッシェ 3. 集中 4. 乱れ 5. 顆粒状 6. 粗大 7. 透亮像 8. 隆起 9. 巨大皺壁 10. バリウム斑 11. 食物残渣 12. その他	<b>C. エックス線診断</b> 1. 胃がん 2. 胃腫瘍（がん以外） 3. 胃ポリープ 4. 胃潰瘍 5. 胃潰瘍癒痕 6. 胃炎 7. 術後胃 8. 十二指腸潰瘍癒痕 9. 十二指腸潰瘍癒痕 10. 食道がん 11. 食道腫瘍 12. 食道裂孔ヘルニア 13. 憩室 (食道、胃、十二指腸) 14. 石灰化像 15. その他
---	--	--

一次読影所見	二次読影所見
0. 異常なし 1. 軽度異常(精検不要) 2. 胃がん疑い(要精検)【通常・至急】 3. 胃がん以外の悪性病変疑い(要精検)【通常・至急】 4. 再検査 5. その他( )	0. 異常なし 1. 軽度異常(精検不要) 2. 胃がん疑い(要精検)【通常・至急】 3. 胃がん以外の悪性病変疑い(要精検)【通常・至急】 4. 再検査 5. その他( )

\* 検診中/検診後の偶発症

無 ・ 有 (内容) 誤嚥 転倒による骨折 腸閉塞 腸管穿孔

過敏症 その他( )

(重症度) 軽症(処置なし) 中等度(処置あり) 重症(入院) 死亡

平成 年 月 日 所在地 実施機関名

医師名 \_\_\_\_\_

改正後

改正前

様式4-2

胃がん検診結果票（内視鏡検査用）

検査医所見		ダブルチェック担当医所見	
検査年月日	年 月 日	読影年月日	年 月 日
検査方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻		
<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> がんの疑い（部位：□胃 □食道 □十二指腸） <input type="checkbox"/> がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍（□食道 □胃 □十二指腸） <input type="checkbox"/> ポリープ（□食道 □胃 □十二指腸） <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 <input type="checkbox"/> その他の胃炎 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 食道炎・食道潰瘍 <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> がんの疑い（部位：□胃 □食道 □十二指腸） <input type="checkbox"/> がん以外の疾患 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 粘膜下腫瘍（□食道 □胃 □十二指腸） <input type="checkbox"/> ポリープ（□食道 □胃 □十二指腸） <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 <input type="checkbox"/> その他の胃炎 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 食道炎・食道潰瘍 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
コメント		コメント	
		<input type="checkbox"/> 検査医の生検は不要 <input type="checkbox"/> 検査医所見以外の胃がん疑いでの再検査が必要 医師名又は 読影委員会名	

検診結果（画像判定）

- 胃がんなし
- 胃がん疑い（要精検）
- 胃がん以外の悪性病変疑い
- 観察不良による再検査

診断名（適宜記載） [ ]

※総診結果には、生検の結果は反映しないください。

生検の実施の有無

- 同時生検実施 なし あり（部位：□胃 □食道 □十二指腸）  
 実施日（年 月 日）
- 再検査の実施 なし あり（部位：□胃 □食道 □十二指腸）  
 実施日（年 月 日）

※同時生検やダブルチェック担当医から再検査指示があった場合は、必ず「胃精検検査結果報告書」をご記入ください。

検診中/検診後の偶発症

- なし あり（内容：□穿孔 □鼻出血 □粘膜裂創 □生検部位からの後出血  
 □前処置薬によるアナフィラキシーショック □その他（ ）  
 重症度：□軽症（処置なし） □中等度（処置あり） □重傷（入院） □死亡）

年 月 日

検診実施機関名

医師名

様式4-2

胃がん検診結果票（内視鏡検査用）

検査医所見		ダブルチェック担当医所見	
検査年月日	年 月 日	読影年月日	年 月 日
検査方法	経口・経鼻		
生検の実施	無・有		
生検結果	Group 1・2・3・4・5		
0. 異常認めず		0. 異常認めず	
1. がん：部位（胃・食道・十二指腸） ：進行度（a. 早期がん b. 進行がん）		1. がん：部位（胃・食道・十二指腸） ：進行度（a. 早期がん b. 進行がん）	
2. がんの疑い：部位（胃・食道・十二指腸）		2. がんの疑い：部位（胃・食道・十二指腸）	
3. がん以外の疾患 a. 胃潰瘍 b. 胃潰瘍癒痕 c. 十二指腸潰瘍 d. 十二指腸潰瘍癒痕 e. 粘膜下腫瘍（食道・胃・十二指腸） f. ポリープ（食道・胃・十二指腸） g. 萎縮性胃炎 h. その他の胃炎 i. 食道裂孔ヘルニア j. 逆流性食道炎 k. 食道炎・食道潰瘍 l. その他（ ）		3. がん以外の疾患 a. 胃潰瘍 b. 胃潰瘍癒痕 c. 十二指腸潰瘍 d. 十二指腸潰瘍癒痕 e. 粘膜下腫瘍（食道・胃・十二指腸） f. ポリープ（食道・胃・十二指腸） g. 萎縮性胃炎 h. その他の胃炎 i. 食道裂孔ヘルニア j. 逆流性食道炎 k. 食道炎・食道潰瘍 l. その他（ ）	
コメント		コメント	
		<input type="checkbox"/> 再検査の必要有り 医師名又は 読影委員会名	
◎総合判定			
<input type="checkbox"/> 胃がんなし（生検実施なし） <input type="checkbox"/> 胃がん疑い [ □要精検 □要再精検 □精検済み ※生検の結果、胃がんでない場合も含む ] <input type="checkbox"/> 胃がんあり（□早期（疑い） □進行（疑い））※紹介先（ ） <input type="checkbox"/> 胃がん以外の悪性病変（疑い含む） [ □要精検 □要再精検 □精検済み ※生検の結果、悪性病変でない場合も含む ] ※紹介先（ ）		<input type="checkbox"/> 観察不良により再検査	
診断名（適宜記載） [ ]			
* 検診中/検診後の偶発症			
無・有		（内容） <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 鼻出血 <input type="checkbox"/> 粘膜裂創 <input type="checkbox"/> 気腫（穿孔との重複も含む） <input type="checkbox"/> 生検部位からの後出血 <input type="checkbox"/> 前処置薬によるアナフィラキシーショック <input type="checkbox"/> その他（ ）	
		（重症度）□軽症（処置なし） □中等度（処置あり） □重症（入院） □死亡	
所在地 実施機関名			
担当医師名			

改正後	改正前
<p>様式 5 - 1</p> <p>様</p> <p>胃がんエックス線検診結果について</p> <p>年 月 日に実施した胃がんエックス線検診の結果をお知らせいたします</p> <p><b>精密検査不要</b> ➤ 今回の胃エックス線検査では、胃がんについて異常は認められませんので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。</p> <p>○ただし、胃エックス線検査ですべての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃の痛み、不快感、食欲不振や食事がつかえるなどの自覚症状があった場合は、すぐに直接医療機関（消化器専門）にご相談ください。</p> <p>○また、症状がなくても2年に1度は必ず検診を受けましょう。</p> <p>○特記事項</p> <p>1. 特記事項なし</p> <p>2. ( ) が疑われますので、医療機関に相談してください。</p> <p>(担 当) 課 名 T E L</p>	<p>様式 5 - 1</p> <p>様</p> <p><b>胃がん検診(エックス線検査・内視鏡検査)の結果のお知らせ</b></p> <p>月 日に実施した検査の範囲では異常を認めません。</p> <p>早期発見のため、これからも少なくとも2年（1年）に1回は検診を受けてください。</p> <p>何らかの自覚症状がある時は、早い時期に専門の医療機関を受診してください。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〇 〇 市 町 村 〇 〇 課 (又は検診実施機関)</p>

改正後

様式 5 - 2

様

胃がん内視鏡検診結果について

年 月 日に実施した胃がん内視鏡検診の結果をお知らせいたします。

**精密検査不要** ➤ 今回の胃内視鏡検査では、胃がんについて異常は認められませんでしたので、さらに詳しい検査を行う必要はありません。

- ただし、胃内視鏡検査ですべての胃がんを発見することはできません。今回の検査で異常がなくても、胃の痛み、不快感、食欲不振や食事がつかえるなどの自覚症状があった場合は、すぐに直接医療機関（消化器専門）にご相談ください。
- また、症状がなくても2年に1度は必ず検診を受けましょう。

○特記事項

1. 特記事項なし

2. ( ) が疑われますので、医療機関に相談してください。

(担 当)  
課 名  
T E L

改正前

様式 5 - 2

様

**胃がん検診(エックス線検査・内視鏡検査)の結果のお知らせ**

月 日に実施した検査の結果、  
胃がん以外の疾患 ( ) が疑われます。

今のところ、医療機関の受診は必要ありません。

**自覚症状があったり、気になることがある方は医療機関に相談してください。**

平成 年 月 日

〇〇市町村〇〇課  
(又は検診実施機関)



改正後

様式 5 - 3

様

胃がんエックス線検診結果について

年 月 日に実施した胃がんエックス線検診の結果をお知らせいたします

**要精密検査** ➤ 今回の胃エックス線検査の結果、さらに詳しい検査が必要です。

○胃エックス線検査により異常を認めますので、できるだけ早く胃内視鏡検査等の精密検査を医療機関（消化器専門）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精密検査を受けてください。

精密検査について

- 精密検査の方法は、胃内視鏡検査などがありますが、その方法は、疑わしい病変の部位や悪性の可能性の有無により選択されます。
- 要精密検査となった方の中で、がんが発見される確率は約 2%です。  
※厚生労働省「平成 27 年度地域保健・健康増進事業報告」参考
- 検査の際、食事・水分・日頃服用中のお薬・当日の車の運転などの制限がありますので、詳しくは予約の際に医療機関にお尋ねください。

精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください。

- ①胃がんエックス線検診結果について（本状）
- ②胃がん検診結果票
- ③返信用封筒（精密検査結果報告書在中）
- ④健康保険証

実施機関の長 様  胃がん精密検査依頼書  本書持参の上記の方は、胃がんエックス線検診の結果、胃部の精密検査を要すると思われるのでよろしくお願ひします。 なお、要精密検査者の追跡調査を行っておりますので、お手数ながら別添報告書に所定の事項をご記入の上、ご送付くださいますようお願いいたします。	年 月 日 ○○市町村長
---	-----------------

改正前

様式 5 - 3

様

（検診日 年 月 日）

胃がん検診（エックス線検査・内視鏡検査）の結果のお知らせ

先に実施しました、あなたの標記の検査結果は次のとおりでしたので、お知らせします。

さらに詳しい検査を受ける必要があると判断されましたので、**精密検査を受けてください。**

精密検査を受けられるときは、  
 ①この「お知らせ」とともに、  
 ②返信用封筒（精密検査結果報告書在中）  
 ③健康保険証  
 等を持参し、病院または医院の受付に提出してください。

実施医療機関の長 様  胃がん精密検査依頼書  本書持参の上記の者は胃がん検診の結果、精密検査を要すると思われるので、御高診の程よろしくお願ひします。 また、要精密検査者の追跡調査を行っておりますので、お手数ながら別添様式に所定の事項をご記入の上、返信用封筒にてご送付くださるようお願いいたします。	平成 年 月 日 ○○市町村長
--	--------------------

様式 5 - 4

様

胃がん内視鏡検診結果について

年 月 日に実施した胃がん内視鏡検診の結果をお知らせいたします。

**要精密検査** ➤ 今回の胃内視鏡検査の結果、さらに詳しくみるために、再度内視鏡検査が必要とされました。

○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、できるだけ早く胃内視鏡検査の再検査を医療機関（消化器専門）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精密検査を受けてください。

精密検査について

- 精密検査の方法は、胃内視鏡検査などがありますが、その方法は、疑わしい病変の部位や悪性の可能性の有無により選択されます。
- 要精密検査となった方の中で、がんが発見される確率は約2%です。  
※厚生労働省「平成27年度地域保健・健康増進事業報告」参考
- 検査の際、食事・水分・日頃服用中のお薬・当日の車の運転などの制限がありますので、詳しくは予約の際に医療機関にお尋ねください。

精密検査の際には以下のものを忘れずにご持参ください。

- ①胃がんエックス線検診結果について（本状）
- ②胃がん検診結果票
- ③返信用封筒（精密検査結果報告書在中）
- ④健康保険証

実施機関の長 様

年 月 日

〇〇市町村長

胃がん精密検査依頼書

本書持参の上記の方は、胃がん内視鏡検診の結果、胃部の精密検査を要すると思われまのでよろしくお願ひします。

なお、要精密検査者の追跡調査を行っておりますので、お手数ながら別添報告書に所定の事項をご記入の上、ご送付くださいますようお願いいたします。

改正後

秘

胃がん精密検査結果報告書

(市町村長または一次検診実施機関) 様

年 月 日

精密検査実施機関名

医師名

(印)

先に依頼のありました精密検査の結果を、下記のとおり報告します。

フリガナ 氏名	
生年月日	大正 昭和 年 月 日
住所	〒
精密検査日	年 月 日
精密検査内容	実施した すべての検査に 「✓」をつけてください <input type="checkbox"/> 上部消化管内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 組織診断 <input type="checkbox"/> その他の検査 (検査法 )
診断日 (診断区分を決定した日付)	年 月 日
診断区分	i. 異常なし <input type="checkbox"/> 異常なし ii. 胃部の癌腫 <input type="checkbox"/> 粘膜内がん (T1a: 癌が粘膜にとどまるもの) <input type="checkbox"/> 粘膜下層がん (T1b: 癌の浸潤が粘膜下組織にとどまるもの) <input type="checkbox"/> 進行がん (T2以上: 癌の浸潤が粘膜下組織またはそれを超えているもの) iii. 胃の転移性腫瘍 <input type="checkbox"/> 胃部以外の腫瘍からの胃部への転移 (原発臓器: ) iv. 胃部の癌腫以外の腫瘍等 <input type="checkbox"/> 悪性の腫瘍 ( ) <input type="checkbox"/> 良性の腫瘍 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) v. がんの疑い又は未確定 <input type="checkbox"/> がんの疑い又は未確定 vi. i ~ v 以外の異常 <input type="checkbox"/> i ~ v 以外で良性病変 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> i ~ v 以外で胃部以外の悪性腫瘍 ( ) <input type="checkbox"/> i ~ v 以外でその他 ( )
その後の処置	<input type="checkbox"/> なし: 次回の胃がん検診へ戻す <input type="checkbox"/> 定期的に経過観察 ( ) ヶ月後予定 <input type="checkbox"/> 治療予定 ( ) <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> その他: ( ) <input type="checkbox"/> 治療済み ( ) 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 治療方法 ( ) <input type="checkbox"/> 他院に紹介 → 下記にご記入ください
精検に伴う偶発症の有無 (入院加療を伴うもの)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 内容 ( <input type="checkbox"/> 穿孔 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) 予後 ( <input type="checkbox"/> 生存 <input type="checkbox"/> 死亡 )
他機関を紹介した場合 紹介日 医療機関名	年 月 日
備考	

改正前

様式 6

秘

胃精密検査結果報告書

平成 年 月 日

(市町村長または一次検診実施機関) 様

精密検査実施機関名

医師名

(印)

先に依頼のありました精密検査の結果を、下記の通り報告します。

住 所	氏名 (フリガナ)	生年月日
初診日 平成 年 月 日	診断日 平成 年 月 日	

◎下記には確定診断を御記入ください。

診断方法 (該当箇所に○印を付けてください)

1. 胃内視鏡検査 2. 組織検査  
 3. その他 ( )  
 ※ヘリコバクター・ピロリ菌検査 [培養法・組織鏡検法・迅速リアルタイムPCR試験・尿素呼吸試験・抗体法・抗原法]

精密検査結果 (該当箇所に○印を付けてください)

1. 異常認めず  
 2. 原発性胃がん  
 (1) 早期がん [ ①粘膜内がん ②その他 ( ) ]  
 (2) 進行がん  
 3. 転移性の胃がん  
 4. その他の良性疾患  
 胃ポリープ 十二指腸潰瘍 胃・十二指腸潰瘍  
 胃潰瘍 十二指腸潰瘍癒痕 胃・十二指腸潰瘍癒痕  
 胃潰瘍癒痕 胃炎  
 その他 ( )  
 5. 胃がん以外の腫瘍性病変 (含疑い) [ ]  
 6. その他・特記事項 ( )  
 ※ヘリコバクター・ピロリ菌検査結果 ( 陰性 ・ 陽性 )

指示事項

1. 入院 (手術・治療・検査)  
 2. 通院 (治療・検査)  
 3. 他の医療機関へ紹介 (紹介先医療機関名 )  
 4. その他 ( )

精密検査中／精密検査後の重篤な偶発症 無 ・ 有 ( )

備 考