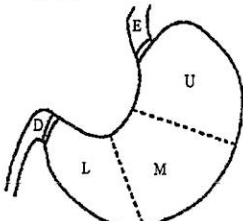


結果判定票

検 診 日	令和 年 月 日	市町名	市 町 コード
医 療 機 関 名			医療機関 コード
ふ り が な 氏 名	男・女	生 年 月 日 (年 齢)	昭和 年 月 日生 (歳)
保 険 種 別	1. 国保 2. その他	電 話 番 号	
住 所	〒 -		
内視鏡検査医 記載欄 (☑にチェックを入れてください)			
病 変 部 位 1	☐ 食道 ☐ 胃 ☐ 十二指腸		
(病変部位、所見、生検部位など)			
病 変 部 位 2	☐ 食道 ☐ 胃 ☐ 十二指腸		
(病変部位、所見、生検部位など)			
ピロリ菌判定 (問診・内視鏡診断)	☐ 未感染(陰性疑い) ☐ 現感染(陽性疑い) ☐ 既感染(除菌済み) ☐ 不明		
検 査 結 果			
1. 判定 (1) 胃がんなし ☐ 異常なし ☐ 胃腺腫(異型上皮) ☐ 胃ポリープ ☐ 胃潰瘍(癒痕含) ☐ 十二指腸潰瘍(癒痕含) ☐ 胃・十二指腸潰瘍(癒痕含) ☐ その他の良性疾患 () (2) ☐ 胃がん疑い → 要再検査 (3) ☐ 胃がんあり(確定) ☐ 胃がん(転移性を含まない) ↳ ☐ そのうち 早期がん ↳↳ ☐ そのうち 粘膜内がん (4) ☐ 胃がん以外の悪性病変 (転移性の胃がんを含む) ()		2. 部位 A  (1) ☐ U (1) ☐ 小彎 (2) ☐ UM (2) ☐ 大彎 (3) ☐ MU (3) ☐ 前壁 (4) ☐ M (4) ☐ 後壁 (5) ☐ ML (5) ☐ 全周 (6) ☐ LM (7) ☐ L (8) ☐ 全体 3. 組織診断分類 (※生検ありの場合のみ) Group (☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5) 4. 指示 (1) ☐ 要手術 (8) ☐ 特に指示なし (2) ☐ 要内視鏡治療 (3) ☐ 入院治療 (4) ☐ 通院治療 (5) ☐ 経過観察 (ヶ月後) (6) ☐ ピロリ菌除菌 (7) ☐ その他 ()	
備 考	※1 (1) ☐ その他の良性疾患には、胃良性疾患(胃炎、良性粘膜下腫瘍、憩室等)のほか、胃以外の 良性疾患についても記入してください。 ※疑い及び癒痕については、その疾患に記入してください(胃がん疑いは除く)。		
生 検	(1) ☐ なし (2) ☐ あり		
偶 発 症	(1) ☐ なし (2) ☐ あり → ☐ 軽症(処置なし) ☐ 中等度(処置あり) ☐ 重症(入院) ☐ 死亡 ※偶発症ありの場合は、偶発症報告書(様式第7号)を提出してください		
診 断 名 (適 宜 記 載)			
検 査 医 氏 名 (自 署)			
紹 介 先 医 療 機 関	(1) ☐ 自院 (2) ☐ 他院 ()		
二重読影医 記載欄 (☑にチェックを入れてください)			
二 重 読 影 医 氏 名 (自 署)	令和 年 月 日		
判 定	(1) ☐ 胃がんなし (2) ☐ 胃がん疑い (3) ☐ 胃がんあり (4) ☐ 胃がん以外の悪性病変		
診 断 名 (適 宜 記 載)			
再 検 査 の 必 要 性	(1) ☐ なし (2) ☐ あり (※再検査依頼書(紹介状)兼結果通知書(様式第8号)を提出してください)		

画像点検票（必要な場合は記載のこと）

医療機関名：

御中

令和 年 月 日

胃がん検診 内視鏡画像評価

1. 画像の網羅性

☐満足しうる ☐多少改善の余地あり ☐かなり改善の余地あり ☐大幅に改善の余地あり

1-2. 改善を要する部位（「満足しうる」以外の時にチェック）

- ☐食道
☐噴門部
☐穹窿
☐胃体部上部 ⇒ ☐前壁 ☐後壁 ☐小湾 ☐大湾
☐胃体部中部 ⇒ ☐前壁 ☐後壁 ☐小湾 ☐大湾
☐胃体部下部 ⇒ ☐前壁 ☐後壁 ☐小湾 ☐大湾
☐胃角部 ⇒ ☐前壁 ☐後壁 ☐小湾 ☐大湾
☐前庭部 ⇒ ☐前壁 ☐後壁 ☐小湾 ☐大湾
☐幽門部 ⇒ ☐前壁 ☐後壁 ☐小湾 ☐大湾
☐球部

{ ☐十二指腸下降部（脚） }：観察は必須ではない

2. 画像の条件

☐満足しうる ☐多少改善の余地あり ☐かなり改善の余地あり ☐大幅に改善の余地あり

2-2. 改善を要する点（「満足しうる」以外の時にチェック）

- ☐色調 ⇒ ☐赤みが強い ☐黄色みが強い ☐青みが強い
☐露出 ⇒ ☐オーバー気味 ☐アンダー気味
☐レンズ面ののっかり ⇒ ☐目立つ ☐多少目立つ
☐ぶれ・ピントのずれ ⇒ ☐目立つ ☐多少目立つ

3. 内視鏡操作による物理的粘膜損傷の程度

☐満足しうる ☐多少改善の余地あり ☐かなり改善の余地あり ☐大幅に改善の余地あり

3-2. 改善を要する点（「満足しうる」以外の時にチェック）

☐内視鏡の接触や吸引による出血・発赤などの変化 ⇒ ☐目立つ ☐多少目立つ

4. 空気量

☐ちょうど良い ☐多い ☐多少少ない ☐かなり少ない

5. 画像のコマ数

☐ちょうど良い ☐多い ☐多少少ない ☐かなり少ない

6. 前処置

☐満足しうる ☐多少改善の余地あり ☐かなり改善の余地あり ☐大幅に改善の余地あり

6-2. 改善を要する点（「満足しうる」以外の時にチェック）

- ☐粘液・内服薬などの粘膜への付着 ⇒ ☐目立つ ☐多少目立つ
☐食物残渣 ⇒ ☐目立つ ☐多少目立つ

7. その他（その他気づいた点を記入）

総合評価：☐満足しうる☐もう少し改善すると「満足しうる」域に達する☐かなり改善しないと「満足しうる」域に達しない☐複数の委員で検討した結果、上記理由で、検診に足る画像ではないとの結論に達する

総合評価で、「満足しうる」以外の評価を受けた検査医は、一度、読影委員会によるダブルチェックにご出席ください。その場で改善策をご相談できますし、他施設がどのような画像を撮影しているのかをご覧いただくことも貴施設の改善につながります。

読影委員会

問診票

検 診 日	令和 年 月 日	市町名		市 町 コード	
医療機関名				医療機関 コード	
料 金 区 分	1. 一般 2. 非 3. 生/高				
ふ り が な			生 年 月 日	昭和 年 月 日生	
氏 名			(年 齢)	(歳)	
			電 話 番 号		
性 別	1. 男 2. 女		保 険 種 別	1. 国保 2. その他	
(住民票の)住所	〒 -				

1. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。 ☐はい ☐いいえ ☐わからない

2. 胃がん検診を受けたことがある方は、もっとも最近の検査についてお知らせください。

1) どちらで受けましたか。

☐市区町村 ☐職場 ☐人間ドック ☐その他 ()

2) 検診の方法

☐胃エックス線検査 ☐胃内視鏡検査 ☐血液検査 (ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査)

3) 検診の時期 年 歳

3. 胃がんにかかったことはありますか。

☐はい (年 歳) ☐いいえ ☐わからない

4. 現在、胃の病気 (胃潰瘍など) で治療していますか。 ☐はい ☐いいえ

5. ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。

☐はい (年 歳) ☐いいえ ☐わからない

 ↳ ☐除菌成功 ☐除菌失敗

6. 薬剤アレルギーはありますか。

☐はい (薬の種類:) ☐いいえ ☐わからない

7. 現在、高血圧の治療を受けていますか。 ☐はい ☐いいえ ☐わからない

8. 現在、抗血栓薬 (ワルファリン、バファリンなど) を服用していますか。

☐はい (薬の種類:) ☐いいえ ☐わからない

9. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。

☐はい ☐いいえ ☐わからない

10. 入れ歯を入れていますか。 ☐はい ☐いいえ

11. 下記の病気で治療を受けていますか。

☐緑内障 ☐前立腺肥大症 ☐甲状腺機能亢進症 ☐心疾患 ☐いいえ ☐わからない

12. 下記の鼻の病気をしたことがありますか。

☐副鼻腔炎 ☐鼻茸 ☐アレルギー性鼻炎 ☐いいえ ☐わからない

13. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。

☐はい ☐いいえ ☐わからない

 ↳ 歯の治療の麻酔を使ったときに、何か問題はありましたか。

☐はい ☐いいえ ☐わからない

14. 鼻腔の手術をしたことがありますか。 ☐はい ☐いいえ ☐わからない

15. タバコは吸いますか。

☐現在、吸っている ☐過去に吸っていたが、やめた ☐吸っていない

16. 家族に胃がんにかかった人はいますか。

☐はい (父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母) ☐いいえ ☐わからない

同意書

【胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診は、症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、早く治療する目的で行われています。その方法には、バリウムを用いる方法（胃エックス線検査）と内視鏡を用いる方法（胃内視鏡検査）があり、いずれもその効果が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【経口内視鏡検査の方法】

口から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。異常がある場合には、病変の一部をつまみ（生検）、細胞の検査を行うことがあります。

また、色素を散布して、病変を見やすくすることがあります。

なお、生検が行われた場合、生検については、保険診療として別途請求があります。当日は健康保険証を持参してください。また、生検により粘膜に傷ができますので、検査後当日の食事は軟らかい消化のよいものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行などは避けてください。

（経鼻内視鏡検査） ※経鼻内視鏡検査を実施していない医療機関もあります

鼻腔の広さを確認するなどし、挿入ルートを決めた上で、鼻から内視鏡を挿入します。経口の内視鏡に比べ細い内視鏡を用いますので、体の負担が少ないとされています。

検査前には、内視鏡挿入時の鼻出血の予防などのために、鼻腔内に局所血管収縮薬を投薬し、その後、鼻腔麻酔を行います。

なお、鼻腔が狭い、鼻出血しやすい場合などにより、鼻からの内視鏡の挿入が困難な場合は、経口内視鏡に変更する場合があります。

【偶発症】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では、10万件に78件と全国調査により報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検査では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- 1) 胃内視鏡により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔（穴があくこと）
- 2) 生検により出血、穿孔
- 3) 薬剤によりアレルギー（呼吸困難、血圧低下など）
- 4) 検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）
- 5) 鼻痛や、鼻出血（経鼻内視鏡の場合）

なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

【その他】

この検診で得られた情報は、あなたの健康状態の把握（精密検査、治療等）、及び個人を特定する情報を除いて、検査の精度管理や疫学的な調査・研究などに活用することがあります。

※個人情報の取扱いは、住所地市町の条例を遵守します。

令和 年 月 日 説明医師名

上記の事項について、説明を受け、十分に理解しましたので、その実施に同意します。

令和 年 月 日

（住民票の）住所

受診者署名

受診者代理署名

（続柄）

胃内視鏡検診結果のお知らせ

様

年 月 日に、(医療機関名) で実施いたしました
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、胃がんは認められませんでした。

(1) 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。
症状のある場合には、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) (診断名等) が疑われますが、特に問題はありません。

(3) (診断名等) が疑われます。
経過観察の必要性がありますので、() か月後に来院してください。

2. 今回の検査の結果、再検査（精密検査）が必要です。

今回の検査では、(診断名等) が疑われます。
再度、胃内視鏡検査が必要となりますので、医療機関を受診してください。

3. 今回の検査では、下記の病変が認められました。

(診断名等) 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。

実施医療機関：

連絡先

胃がん検診実施主体（市町担当部署）：

連絡先

令和 年 月 日

偶発症報告書

報告医療機関	
検 診 日	令和 年 月 日
受 診 者 住 所	
受 診 者 氏 名	
性 別	(1) ☐ 男 (2) ☐ 女
生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳)
基 礎 疾 患	(1) ☐ あり () (2) ☐ なし
内 視 鏡 の 種 類	(1) ☐ 経口 (2) ☐ 経鼻
偶 発 症 の 種 類	(1) ☐ 穿孔 (2) ☐ 鼻出血 (3) ☐ 粘膜裂創 (4) ☐ 気腫 (穿孔との重複も含む) (5) ☐ 生検部位からの後出血 (6) ☐ 前処置薬によるアナフィラキシーショック (7) ☐ その他の偶発症 ()
部 位	(1) ☐ 鼻腔 (2) ☐ 咽喉頭 (3) ☐ 食道 (4) ☐ 胃・十二指腸 (5) ☐ その他 ()
重 症 度	(1) ☐ 軽症 (処置なし) (2) ☐ 中等度 (処置あり) (3) ☐ 重症 (入院) (4) ☐ 死亡
転 帰	(1) ☐ 入院 (検査施設、他院) (2) ☐ 外来受診 (他医療施設紹介) (3) ☐ 帰宅 (検査施設対応)
入 院 医 療 機 関	
偶発症発生時の状況	

再検査依頼書（紹介状）兼 結果通知書

令和 年 月 日

御中

検査医療機関：

検査医氏名：

印

本書持参の方は、読影医によるダブルチェックの結果、再検査が必要と判断いたしました。
御多忙中に存じますが、御精査くださるようお願い申し上げます。

フリガナ		性 別	生年月日	昭和 年 月 日
氏 名		男・女	(年 齢)	(歳)
			電話番号	
			保険種別	1. 国保 2. その他
住 所				
検 診 日	令和 年 月 日			
所 見				

(太枠欄は検査医が御記入ください。)

再検査結果

内 視 鏡 検 査 ・ 生 検	検査年月日	令和 年 月 日
	ピロリ菌判定 (問診・内視鏡診断)	☐ 未感染(陰性疑い) ☐ 現感染(陽性疑い) ☐ 既感染(除菌済み) ☐ 不明
	1. 判定	2. 部位 A
	(1) 胃がんなし ☐ 異常なし ☐ 胃腺腫(異型上皮) ☐ 胃ポリープ ☐ 胃潰瘍(癒痕含) ☐ 十二指腸潰瘍(癒痕含) ☐ 胃・十二指腸潰瘍(癒痕含) ☐ その他の良性疾患 ()	 (1) ☐ U (2) ☐ UM (3) ☐ MU (4) ☐ M (5) ☐ ML (6) ☐ LM (7) ☐ L (8) ☐ 全体
	(2) ☐ 胃がん疑い (3) 胃がんあり(確定) ☐ 胃がん(転移性を含まない) └─ ☐ そのうち 早期がん └─ ☐ そのうち 粘膜内がん ☐ その他の胃がん () (4) ☐ 胃がん以外の悪性病変 (転移性の胃がんを含む) ()	3. 組織診断分類 Group (☐ 1, ☐ 2, ☐ 3, ☐ 4, ☐ 5) 4. 指示 (1) ☐ 要手術 (8) ☐ 特に指示なし (2) ☐ 要内視鏡治療 (3) ☐ 入院治療 (4) ☐ 通院治療 (5) ☐ 経過観察 (ヶ月後) (6) ☐ ピロリ菌除菌 (7) ☐ その他 ()
偶 発 症	(1) ☐ なし (2) ☐ あり ⇒ ☐ 軽症(処置なし) ☐ 中等度(処置あり) ☐ 重症(入院) ☐ 死亡	
備 考	※1 (1) ☐ その他の良性疾患には、胃良性疾患(胃炎、良性粘膜下腫瘍、憩室等)のほか、胃以外の良性疾患についても記入してください ※疑い及び癒痕については、その疾患に記入してください(胃がん疑いは除く)	
紹 介 先	(1) ☐ 自院 (2) ☐ 他院 ()	
令和 年 月 日		
医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名 (自 署)		

(細枠欄は再検査を実施した医療機関において御記入ください。)

胃手術結果票		
ふ り が な 氏 名		
生 年 月 日	昭和 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 —	
紹介元医療機関		

病院患者番号

☑にチェックを入れてください

治 療 開 始 日	令和 年 月 日 (治療なしの場合は診断日: 令和 年 月 日)	
治 療 内 容	☐ なし ① ☐ 外科的手術 [ア) ☐ 腹腔鏡 イ) ☐ 開腹 ウ) ☐ 開胸・開腹 エ) ☐ その他] ② ☐ 内視鏡的粘膜切除 [ア) ☐ EMR イ) ☐ ESD ウ) ☐ その他 ()] ③ ☐ 放射線療法 ④ ☐ 化学療法 ⑤ ☐ 免疫療法 ⑥ ☐ その他の療法 ()	
手 術 年 月 日	令和 年 月 日	
術 式	① ☐ 胃局所切除術 ② ☐ 胃分節切除術 ③ ☐ 噴門部胃切除術 ④ ☐ 幽門保存胃切除術 ⑤ ☐ 幽門側胃切除術 ⑥ ☐ 胃全摘術 ⑦ ☐ その他の切除術 ⑧ ☐ 吻合術 ⑨ ☐ 単開腹術 ⑩ ☐ 胃瘻・腹瘻増設術 ⑪ ☐ その他の姑息手術	
リンパ節郭清度	☐ D0 ① ☐ D1 ② ☐ D2 ③ ☐ D3 ④ ☐ 郭清なし (内視鏡的治療) ⑤ ☐ 不明	
肉 眼 的 所 見	肉 眼 判 定 時 期	① ☐ 臨床所見 ② ☐ 手術所見 ③ ☐ 縫合所見
	肉 眼 分 類	0型 ① ☐ I ② ☐ IIa ③ ☐ IIa+IIc ④ ☐ IIb ⑤ ☐ IIc ⑥ ☐ IIc+III ⑦ ☐ IIc+IIa ⑧ ☐ III+IIc ⑨ ☐ III ⑩ ☐ その他 () ⑪ ☐ 不明 1~5型 ① ☐ 1型 ② ☐ 2型 ③ ☐ 3型 ④ ☐ 4型 ⑤ ☐ 5型 ⑥ ☐ 不明
	占 拠 部 位	a ① ☐ U ② ☐ UM ③ ☐ MU ④ ☐ M ⑤ ☐ ML ⑥ ☐ LM ⑦ ☐ L ⑧ ☐ 全体 ⑨ ☐ +E ⑩ ☐ +D ⑪ ☐ 不明 b ① ☐ 前壁 ② ☐ 後壁 ③ ☐ 大彎 ④ ☐ 小彎 ⑤ ☐ 全周 ⑥ ☐ 不明
	最 大 径	① ☐ () mm ② ☐ 不明
	が ん 病 巣 数	① ☐ 1個 ② ☐ 多発 () 個
	壁 深 達 度	① ☐ T1a(M) ② ☐ T1b(SM) ③ ☐ T2(MP) ④ ☐ T3(SS) ⑤ ☐ T4a(SE) ⑥ ☐ T4b(SI) ⑦ ☐ TX
	リンパ節転移	① ☐ N0 ② ☐ N1 ③ ☐ N2 ④ ☐ N3 ⑤ ☐ NX
	肝 転 移	① ☐ H0 ② ☐ H1 ③ ☐ HX
	腹 膜 転 移	① ☐ P0 ② ☐ P1 ③ ☐ PX
	腹 膜 細 胞 診	① ☐ CY0 ② ☐ CY1 ③ ☐ CYX
	遠 隔 転 移	① ☐ M0 ② ☐ M1 ③ ☐ MX
	口 側 断 端	① ☐ PM(-) ② ☐ PM(+) ③ ☐ PMX
	肛 門 側 断 端	① ☐ DM(-) ② ☐ DM(+) ③ ☐ DMX
	進 行 度	① ☐ IA ② ☐ IB ③ ☐ IIA ④ ☐ IIB ⑤ ☐ IIIA ⑥ ☐ IIIB ⑦ ☐ IIIC ⑧ ☐ IV ⑨ ☐ 不明
腫瘍の遺残(R)	① ☐ R0 ② ☐ R1 ③ ☐ R2 ④ ☐ RX	
病 理 組 織 学 的 所 見	壁 深 達 度	① ☐ T1a(M) ② ☐ T1b(SM) [ア) ☐ SM1 イ) ☐ SM2] ③ ☐ T2(MP) ④ ☐ T3(SS) ⑤ ☐ T4a(SE) ⑥ ☐ T4b(SI) ⑦ ☐ TX
	リンパ節転移	① ☐ N0 ② ☐ N1 ③ ☐ N2 ④ ☐ N3 ⑤ ☐ NX
	進 行 度	① ☐ IA ② ☐ IB ③ ☐ IIA ④ ☐ IIB ⑤ ☐ IIIA ⑥ ☐ IIIB ⑦ ☐ IIIC ⑧ ☐ IV ⑨ ☐ 不明
	腫瘍の遺残(R)	① ☐ R0 ② ☐ R1 ③ ☐ R2 ④ ☐ RX
組 織 型	① ☐ pap ② ☐ tub1 ③ ☐ tub2 ④ ☐ por1 ⑤ ☐ por2 ⑥ ☐ sig ⑦ ☐ muc ⑧ ☐ 特殊型 ⑨ ☐ 不明	
最 終 診 断		
医 療 機 関 名 (医師名(自署))	()	
備 考		

(様式第10号)

別紙（請求書）

医療機関コード	市町コード

令和 年 月 日

佐賀県市町対策型胃内視鏡検査費請求書

（市町名） 様

医療機関の
所在地・名称
代表者 印

標記の事業を以下のとおり実施したので、請求します。

【請求額（令和 年 月検診実施分）】 （税込）

区分		単価（円）	件数	請求額（円）
1	一般			
2	非課税世帯			
3	生活保護世帯			
	後期高齢者医療被保険者			
合	計			

胃内視鏡検査台帳 (例)

[illegible]