別紙１

（市町村名）　胃内視鏡検診受診票

　　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村番号 |  | 氏　　名 |  | 性別 | （男・女） |
| 交付年月日 |  | 生年月日 | （年度末年齢：　　　　歳） | | |
| 有効期限 |  | 住　　所 |  | | |
| 自己負担金 |  |

**※事前に医療機関にお問い合わせの上、受診して下さい。**

**※受診の際は、この受診票と問診票、健康保険証、自己負担金○○○円をお持ちください。**

**次の方は、胃内視鏡検査の対象外となります。**

　1.妊娠中の方　2.入院中の方　3.胃疾患で受療中の方（ピロリ除菌中の方を含みます）。　4.胃全摘術後の方

**次の方は、胃内視鏡検査をしてはいけないことになっています。**

1.咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない方。 2.呼吸不全のある方。

3.急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方。 4.明らかな出血傾向またはその疑いのある方。

5.収縮期血圧が極めて高い方。

※高血圧治療中の場合は、検査直前に血圧を測り、受検の可否を判断させてもらいます。

**≪注意事項≫**

**１．検査前日**

・前日の午後9時（検査開始予定時刻の12時間前）以降の食事は取らないでください。

**２．検査当日**

　・水の飲水は検査直前まで可能です。飲んでいいのは「水」のみです。その他の飲み物は不可です。

　・当日朝に内服が必要な薬（降圧薬など）は、検査当日の午前6時（検査開始予定時刻の3時間前）までに

内服してください。

　・喫煙は、胃内視鏡検査に支障が出る可能性があることから、当日の検査前の喫煙は避けてください。

≪その他≫

　・検査の結果は1カ月程度でお知らせします。検査が必要との指示があった際はその指示を守ってください。

　・胃がん検診は発見されるがんの約90％が完全に治るがんで、有効性も十分に証明されています。

　・一部には、検診で発見しにくいがんもあります。症状がある方は、次の検診まで待たずに、早めに医療機関を受診するようにしてください。

**この受診票の使用に関するお問い合わせ先は、下記へお願いします。**

≪連絡先≫

○○市町村役場　○○課　○○係

電話番号

|  |
| --- |
|  |

（市町村名）　胃内視鏡検診受診票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村番号 |  | 氏　　名 |  | 性別 | （男・女） |
| 交付年月日 |  | 生年月日 | （年度末年齢：　　　　歳） | | |
| 有効期限 |  | 住　　所 |  | | |
| 自己負担金 |  |

検診実施日

医療機関名

住所

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印