

令和5年度版

市町村胃がん検診として実施する 胃内視鏡検診マニュアル

※R4年度版マニュアルからの変更点

- P4 「2. 研修会受講（1）」の過去研修実績を削除
「3. 1次読影の判定基準を確認する会への参加」の過去研修実績を削除

令和5年4月

高知県健康政策部健康対策課

(電話：088-823-9674)

市町村胃がん検診として実施する胃内視鏡検診マニュアル 目次

I. 目的	3
II. 胃内視鏡検査の実施内容	3
1. 検診の実施内容	3
2. 検診対象者	3
3. 検査実施機関	3
4. 検査実施者	3
5. 検診実施期間	3
6. 自己負担金	3
7. 検査委託料	3
8. 申込方法	3
III. 市町村がん検診における胃内視鏡検査実施医療機関の要件	4
1. 検査医	4
2. 研修会受講	4
3. 1次読影の判定基準を確認する会への参加	4
4. 機器管理	4
5. 偶発症対応	5
6. データ提供環境	5
IV. 「検査医」の要件及び認定方法等	6
1. 検査医の要件	6
2. 検査医の認定の申請	6
3. 検査医の認定	6
4. 検査医の認定期間	6
V. 「胃内視鏡検診研修会」	7
1. 受講対象者	7
2. 研修カリキュラム	7
VI. 胃内視鏡検査の流れ	8
1. 契約事務・支払事務の流れ	8
2. 検診の流れ	9
3. VIの1・2を通じた全体の流れ	10
(1) 契約	10
(2) 事前準備	10
(3) 検査の実施	11
(4) 自己負担金の徴収	12
(5) 二次読影・画像点検の実施	12
(6) 検診結果の整理	12
(7) 検診費用の請求・支払い	13
(8) 事後指導及び管理	13
様式一覧	14

市町村胃がん検診として実施する胃内視鏡検診マニュアル

I. 目的

このマニュアルは、市町村が実施するがん検診（健康増進法（平成 14 年法律第 103 号）第 19 条の 2 に基づき市町村が実施する検診。以下「検診」という。）のうち、胃がん検診の胃内視鏡検査が円滑に行われるよう必要な事項を定めることを目的とする。

II. 胃内視鏡検査の実施内容

1. 検診の実施内容

健発第 0331058 号平成 20 年 3 月 31 日厚生労働省健康局長通知別添（平成 28 年 2 月 4 日一部改正）「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」及び「高知県胃がん検診実施指針」に規定される胃内視鏡検査とする。

胃内視鏡検査の実施に当たっては、一般社団法人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 2015 年度版」（以下「学会マニュアル」という。）を参考にすること。

2. 検診対象者

高知県内に住所を有し、以下の要件をいずれも満たす者。

- （1）50 歳以上の者。
- （2）県内の市町村より胃内視鏡検診受診票（別紙 1）及び問診票（別紙 2）の配布を受けている者。

3. 検査実施機関

5 ページに示す、「Ⅲ. 市町村がん検診における胃内視鏡検査実施医療機関の要件」を満たす医療機関。

4. 検査実施者（以下「検査医」という。）

6 ページに示す、「検査医」の認定を受けた医師。

5. 検診実施期間

令和 5 年 4 月 1 日～市町村が発行する胃内視鏡検診受診票（別紙 1）に記載されている有効期限まで。

6. 自己負担金（医療機関が受診者本人から徴収する額）

各市町村により、自己負担金は異なります。

胃内視鏡検診受診票（別紙 1）に記入されている自己負担金を徴収してください。

7. 検査委託料

1 件当たり 14,484 円

※実際に検査料を請求する際は、医療機関で徴収した自己負担金を除いた額となります。

（例：自己負担金 1,000 円の場合：14,484－1,000＝13,484 円が請求額となります。）

8. 申込方法

検診対象者から医療機関に直接申し込み。

Ⅲ. 市町村がん検診における胃内視鏡検査実施医療機関の要件

学会マニュアルに沿った検診を実施すること。主な要件は次の1～6のとおりとする。

1. 検査医（詳細6ページ参照）

胃内視鏡検査を実施する医師は、あらかじめ「高知県胃内視鏡検診運営委員会」に「検査医認定申請書」を提出し、「検査医」の認定を受けておくこと。

2. 研修会受講

- (1) 検査医は、胃内視鏡検査を実施するまでに県が開催する「胃内視鏡検診研修会」を受講していること。
- (2) メディカルスタッフ（看護師、臨床検査技師など）は、「胃内視鏡検診研修会」のカリキュラムの一部である「胃内視鏡の洗浄・消毒」の項目を受講していること。
なお、「胃内視鏡の洗浄・消毒」以外の研修項目も極力受講すること。
ただし、日本消化器内視鏡技師会が開催する「消化器内視鏡機器取扱い講習会（基礎編）」を5年以内に受講済みの場合は、受講証明書の写しを提出することで受講を免除する。

3. 1次読影の判定基準を確認する会への参加

検査医は、胃内視鏡検査を実施するまでに「一次読影の判定基準を確認する会」に参加すること。

4. 機器管理

- (1) 内視鏡の洗浄・消毒は、手洗いと自動洗浄消毒機を併用していること。
- (2) 消毒剤は、高水準消毒薬が望ましい。
ただし、機能水を用いる場合は、機能水の特性、欠点、内視鏡機器の殺菌効果に関して科学的根拠の上で不確実な点があることなどを正しく理解し、財団法人機能水研究振興財団発行の「機能水による消化器内視鏡洗浄消毒器の使用の手引き」などを参照の上、各施設の責任において適正かつ慎重に使用すること。

5. 偶発症対応（1）～（3）必須。（4）もしくは（5）の体制があること。

- (1) 救命救急設備を備えていること。
 - ・酸素、バックバルブマスク（BVM）、気管挿管セット、心電図モニター、除細動器（AED）など
- (2) 救急カートを近くに置き、輸液、強心剤など必要な医薬品を常備すること。
 - ・血管確保のための点滴セット、注射針、注射筒、輸液（生理食塩液、ブドウ糖液[5%、20%]、リンゲル液など各種輸液製剤）、強心剤・昇圧剤（アドレナリン、ドパミンなど）、グルカゴン、抗不整脈剤（リドカインなど）、冠拡張剤（ニトログリセリンなど）、ステロイド剤、気管支拡張剤（ネオフィリンなど）、ベンゾジアゼピン受容体拮抗剤（フルマゼニル）、降圧剤（アダラート錠、ペルジピン注）、鎮静剤（ジアゼパムなど）、H1受容体拮抗剤など

- (3) 救急カートを点検し、定期的に緊急対応の訓練を行っていること。
- (4) 次のような偶発症への対応体制が整っていること。
 - ・鼻出血、生検や粘膜裂創による出血、アナフィラキシーショック、呼吸抑制
- (5) 偶発症対応が院内で困難な場合、近隣の医療機関と連携体制が取れていること。

6. データ提供環境

- (1) 院外への画像提出が可能なこと。
- (2) 画像データには個人名は記入せず、検診番号の入力が可能なこと。
- (3) 画像データをUSBに保存して、提出することが可能なこと（他の媒体は要協議）。

IV. 「検査医」の要件及び認定方法等

「検査医」の認定は、「高知県胃がん検診実施指針に基づき実施する胃内視鏡検査に係る検査医の認定に関する事務取扱要領」に基づき認定する。主な内容は次のとおり。

1. 検査医の要件

次の（１）もしくは（２）のいずれかの要件を満たし、かつ、高知県胃内視鏡検診運営委員会の認定を受けた者。

（１）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

（２）診療、検診にかかわらず年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施している医師

2. 検査医の認定の申請

検査医の認定を受けようとする者は、高知県胃内視鏡検診運営委員会に、検査医認定申請書に、次に掲げる書類を添付して提出するものとする。

（１）１の（１）の要件の場合は、認定医・専門医の資格を証する書類の写し

（２）１の（２）の要件の場合は、検査実績を証明する申立書

3. 検査医の認定

高知県胃内視鏡検診運営委員会は、前条に基づき提出された検査医認定申請書を確認し、要件を満たした医師を「検査医」として認定し、認定書を交付する。

4. 検査医の認定期間

検査医の認定期間は、次のとおりとする。

（１）１の（１）の要件で認定を受けた場合の有効期間は認定日から 5 年を超えない年度末までの期間とする。

（２）１の（２）の要件で認定を受けた場合の有効期間は認定日から 3 年を超えない年度末までの期間とする。

V. 「胃内視鏡検診研修会」

1. 受講対象者

(1) 検査医。

胃内視鏡検査を実施するまでに研修会を受講しておくことが必須要件となります。

(2) メディカルスタッフ（看護師、臨床検査技師など）。

メディカルスタッフは、カリキュラム中、「9 感染症対策」の「胃内視鏡の洗浄・消毒」の項目を受講していること。

なお、「胃内視鏡の洗浄・消毒」以外の研修項目も極力受講すること。

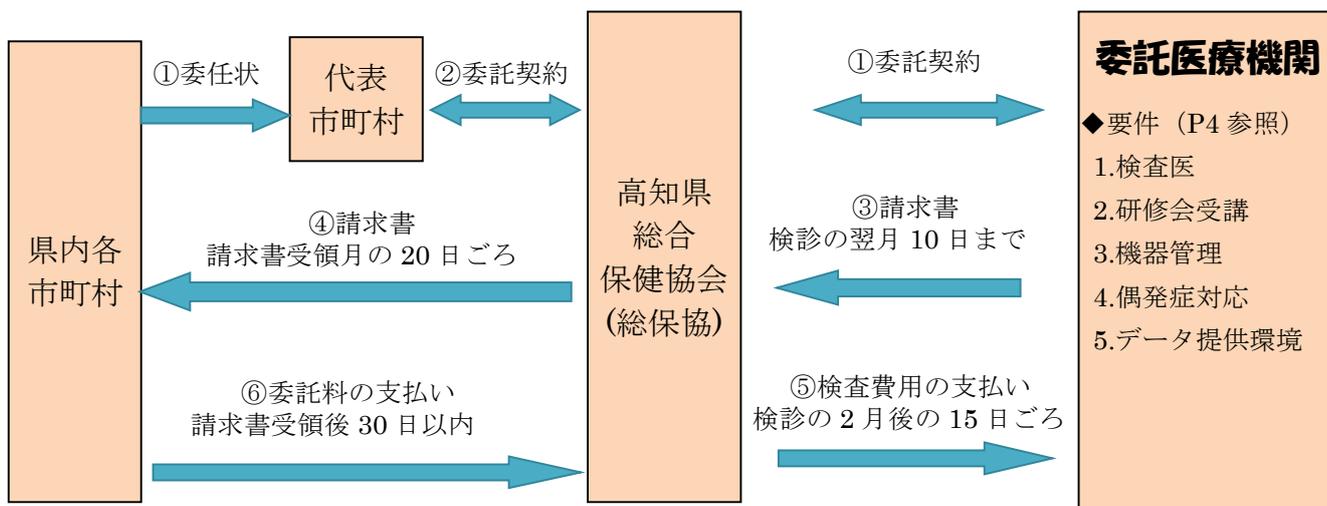
ただし、日本消化器内視鏡技師会が開催する「消化器内視鏡機器取扱い講習会（基礎編）」を5年以内に受講済みの場合は、受講証明書の写しを提出することで受講を免除する。

2. 研修カリキュラム

	課題	内容
1	胃がんの罹患・死亡の動向	・がん登録 ・人口動態統計
2	胃がんのリスク要因	・ピロリ感染 ・生活習慣：喫煙、高塩分食など
3	がん検診の基本概念	・対象：適応と除外 ・検診と診療の相違点 ・対策型検診と任意型検診
4	がん検診の有効性評価	・研究方法 ・アウトカム指標：適切な指標とは何か。 ・ガイドライン
5	がん検診の利益	・死亡率減少効果
6	がん検診の不利益	・偽陽性：定義、対策 ・過剰診断：定義、対策 ・感染 ・偶発症
7	精度管理	・精度管理の方法：チェックリスト ・精度管理指標：受診率、がん発見率、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度 ・感度・特異度 ・追跡調査の方法
8	胃内視鏡検診の方法	・対象年齢・検診間隔 ・撮影方法 ・読影基準 ・症例検討
9	感染症対策	・胃内視鏡検査による感染事故 ・胃内視鏡の洗浄・消毒
10	偶発症対策	・胃内視鏡検査による偶発症 ・安全管理対策 ・偶発症の報告方法

VI. 胃内視鏡検査の流れ

1. 契約事務・支払事務の流れ



①集合契約を締結するため、各医療機関は高知県総合保健協会と委託契約を締結。
各市町村は代表市町村に契約に関する委任状を提出。

②高知県総合保健協会と代表市町村で契約を締結。

③医療機関は、検診の翌月 10 日までに、請求書を総合保健協会に提出。

④総合保健協会は、医療機関から提出された請求書を基に、該当市町村別に請求書を送付。

⑤総合保健協会は、請求書受領月の翌月 15 日ごろまでに、医療機関に検査費用を支払。
(総合保健協会から医療機関への振込みに係る手数料は医療機関の負担となります)

⑥市町村は、請求書受領後 30 日以内に総合保健協会に委託料(検査費用+事務費)を支払。

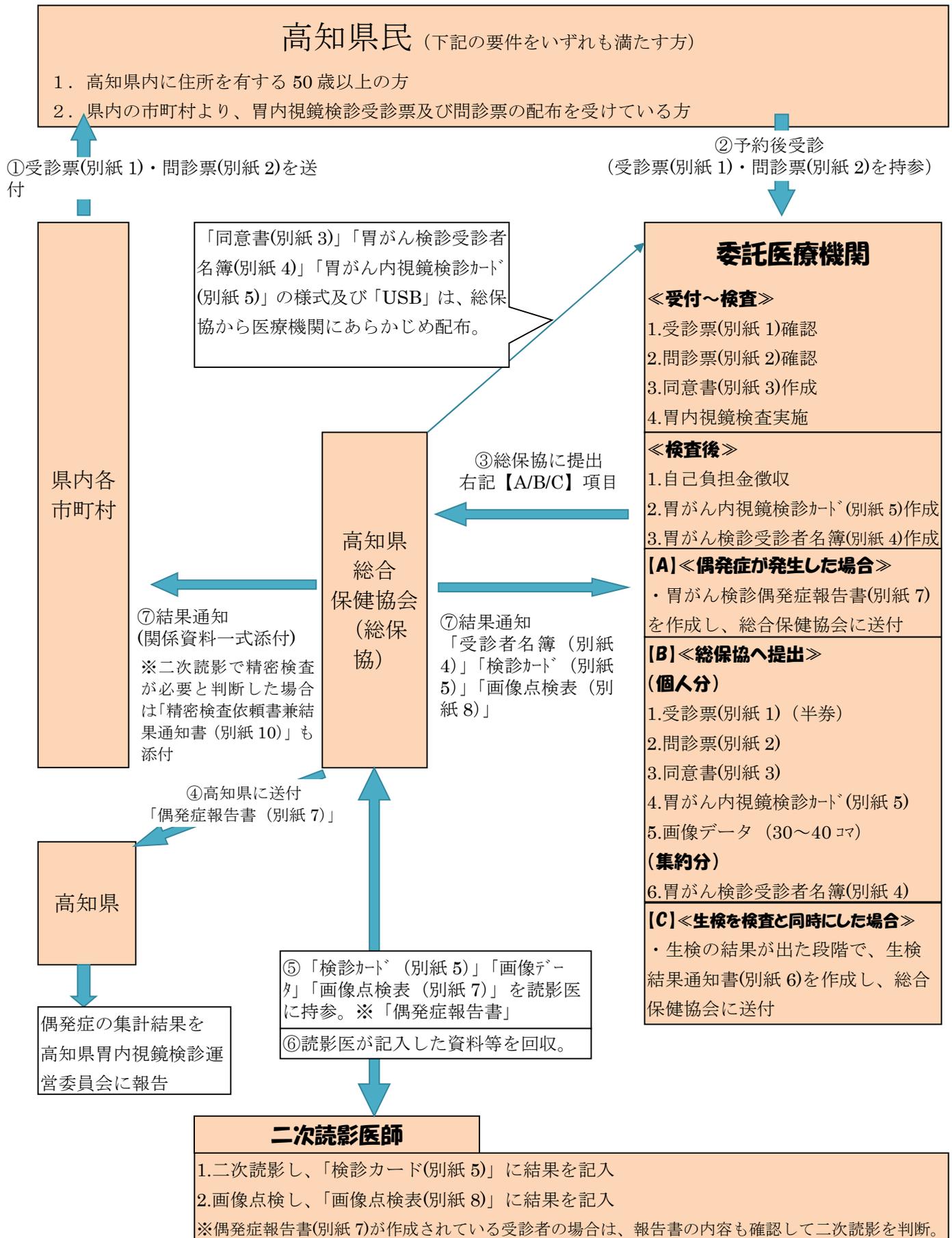
委託医療機関の主な業務

- ・胃内視鏡検査の実施と一次読影(受診者への最終検診結果は市町村が行います)
- ・一次読影結果と画像データを総合保健協会へ提出
- ・受診者から自己負担額を徴収
- ・偶発症が発生した場合は「胃がん検診偶発症報告書(別紙7)」を総合保健協会へ提出
- ・検査と同時に生検を実施した場合は「生検結果通知書(別紙6)」を総合保健協会へ提出

高知県総合保健協会の主な業務

- ・検診に係る各種様式の印刷、画像データ提供用の USB の準備と医療機関への配布
- ・二次読影医師への必要書類等の提供と回収
- ・検診費用等の市町村への請求と医療機関への支払
- ・検診結果を医療機関及び市町村へ報告

2. 検診の流れ



3. VIの1・2を通した全体の流れ

(1) 契約 (市町村実施の検診における検診実施医療機関との契約事項について)

・市町村 ⇒ (市町村代表) ⇔ 高知県総合保健協会 ⇔ 医療機関
【委任】 【委託契約】 【委託契約】

国及び県の実施指針において、胃内視鏡検診実施医療機関が行う内容は「問診、胃内視鏡検査の実施」「精密検査結果の把握と整理」「市町村への検診結果の集計・報告」となっています。

このうち、「精密検査結果の把握と整理」「市町村への検診結果の集計・報告」については、各医療機関でそれぞれ報告することは、報告する医療機関にとっても、報告を受けた後さらに集計が必要となる市町村にとっても、作業が煩雑となります。

そのため、各医療機関は、二次読影の業務と合わせてこの作業を高知県総合保健協会に委託して、高知県総合保健協会で一括して処理をすることとします。

- ①市 町 村：契約について市町村代表に委任する。
- ②市町村代表：高知県総合保健協会と契約する。
- ③総 保 協：ア：市町村との契約事務代行、二次読影及び検診結果処理を行うことについて医療機関と契約する。
イ：県内市町村から委任を受けた市町村代表と、医療機関の代表として契約する。
- ④医 療 機 関：個別検診の市町村との契約事務、二次読影及び結果処理に関して高知県総合保健協会と契約する。

(2) 事前準備

- ①市 町 村：「胃内視鏡検診受診票(別紙 1)」「問診票(別紙 2)」を対象者に送付する。
その際には、「検診実施利用機関一覧表」を同封する。
- ②医療機関：ア：「医材」は医療機関で準備。
イ：未記入の「同意書(別紙 3)」「胃がん検診受診者名簿(別紙 4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」の様式、「USB」を総保協から受け取る。
ウ：上記様式が年度途中で不足した場合は、総保協に連絡して追加配布を受ける。
- ③総 保 協：ア：「同意書(別紙 3)」「胃がん検診受診者名簿(別紙 4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」を印刷する。
イ：上記様式と「USB」を医療機関に配布する。
ウ：医療機関から上記様式等の追加希望の連絡あった場合は、必要数を再配布する。

(3) 検査の実施

- ①対象者：ア：医療機関に問合せ、予約後受診する。
イ：受診時は、「胃内視鏡検診受診票(別紙1)」「問診票(別紙2)」を持参する。
ウ：受診後は、受診票(別紙1)に提示されている自己負担金を支払う。
- ②医療機関：ア：対象者が、「胃内視鏡検診受診票(別紙1)」「問診票(別紙2)」を持参した場合のみ受付。
イ：保険証等により必ず本人確認を行う。
ウ：問診後、検査内容を説明し、「同意書(別紙3)」に医師・対象者双方が記入する。
エ：胃内視鏡検査を行う。
撮影コマ数は、食道・胃・十二指腸を含めて30～40コマ程度とする。
検査の手順は学会マニュアルの「Ⅶ. 検査手順の4. 胃内視鏡検査手順」を参照すること。
オ：検査終了時に検査の概要、生検の有無の説明を行う。検査の結果は二次読影で最終判断が決定することから、約1か月後に市町村から文書で結果が通知されることを説明する。
カ：「画像データ」には、個人名は記入せず、検査番号を入力する。
(※検査番号・医療機関の番号(3桁)+通し番号(5桁))
(例：医療機関番号が8番、26番目の受診者の場合00800026)
総保協から提供された「USB」にデータを保存して総保協へ提出。
キ：「胃内視鏡検診受診票(別紙1)」に受診日、医療機関名等を記入し、切り取り線から切り離し、上段を医療機関で保管。下段は総保協へ提出。
ク：「胃がん内視鏡検診カード(別紙5)」に一次読影結果等必要事項を記入。
ケ：「胃がん検診受診者名簿(別紙4)」は、市町村ごとに作成する。
コ：「胃内視鏡検診受診票(別紙1)」の下段半券、「問診票(別紙2)」「同意書(別紙3)」「胃がん検診受診者名簿(別紙4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙5)」「画像データ」を総保協に提出。
(※前週(日曜日から土曜日)1週間分を翌週火曜日迄に総保協へ提出。なお、翌週の月曜日が祝日の場合は水曜日迄とする。)
提出時の書類の紛失を防ぐため原則、直持ちとする。
直持ちが困難な場合は、配達記録が残る書留郵便等で送付すること。

- ※1：検査の段階で急を要す症状の場合に限っては、二次読影の結果を待たずに治療を開始して良い。
※2：胃内視鏡検査時に生検を同時に実施した場合は、生検の結果が出た段階で、「生検結果通知書(別紙6)」を作成し、総保協に提出。
※3：胃内視鏡検査時に、偶発症が発生した場合は、「胃がん検診偶発症報告書(別紙7)」を作成し、総保協に提出する。

＜生検について＞

- ・生検は医療保険給付の対象とならないので、同意書を取る段階で生検の同時実施の可否を確認しておくこと。
- ・生検は腫瘍性病変が想定される場合にのみ行うこと。

(4) 自己負担金の徴収

①医療機関：検査実施後、「胃内視鏡検診受診票(別紙 1)」に記載されている自己負担金を徴収。

※最後まで検査ができなかった場合は、自己負担金を徴収することはできませんし、検査費用を総保協に請求することもできません。

(5) 二次読影・画像点検の実施

①総保協：ア：医療機関から提出された「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」「画像データ」「胃がん検診偶発症報告書(別紙 7)」と「胃がん検診内視鏡画像点検表(別紙 8)」を二次読影医に持参する。

「画像点検表(別紙 8)」は 1 医療機関 1 枚とする。

(例：A 病院 2 件、B 病院 5 件、C 病院 8 件の読影を依頼する場合、画像点検表は 3 枚用意する。)

イ：二次読影終了後は、読影医に渡した「資料一式」及び「画像データ」を回収する。

ウ：「ア」「イ」は 1 週間以内に完了させる。

②二次読影医：ア：「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」の二次読影結果記載欄に記入する。

イ：「胃がん検診内視鏡画像点検表(別紙 8)」に、医療機関単位で、画像データの画像の網羅性や、画像の条件などについてチェックし記入する。

「画像点検表(別紙 8)」は 1 医療機関 1 枚とする。

(例：A 病院 2 件、B 病院 5 件、C 病院 8 件の読影を行う場合、画像点検表は A・B・C 各病院 1 枚記入する。)

ウ：読影後は、総保協から提供のあった資料一式及び画像データを総保協に返却する。

(6) 検診結果の整理

①総保協：ア：二次読影で新たに精密検査が必要と判断された場合は、「精密検査依頼書兼結果通知書(別紙 10)」を作成する。

イ：市町村ごとに、「胃がん内視鏡検診要精検者台帳(別紙 9)」を作成する。

ウ：医療機関に、二次読影結果を記入した「胃がん検診受診者名簿(別紙 4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」及び、「胃がん検診内視鏡画像点検表(別紙 8)」を送付する。

エ：市町村に「胃内視鏡検診受診票(別紙 1)」の半券、「問診票(別紙 2)」「同意書(別紙 3)」「胃がん検診受診者名簿(別紙 4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」「精密検査依頼書兼結果通知書(別紙 10)」を送付する。

概ね検診受診から 1 カ月以内。

②市町村：ア：総保協から送付される資料一式を受け取る。

イ：概ね検診受診から 1 カ月程度で、受診者全員に「胃内視鏡検診結果のおしらせ(別紙 11)」を送付する。

ウ：精密検査対象者には、「精密検査依頼書兼結果通知書(別紙 10)」を渡して、受診勧奨を行う。

- ③医療機関：原則、検診結果は二次読影の結果後に市町村が実施します。
二次読影結果での説明と、医療機関での一次検査の説明が食い違くと、対象者が混乱しますので、「がん」が明らかに認められ、直ちに治療を行う必要がある場合を除き、医療機関での結果説明は行わないでください。

(7) 検診費用の請求、支払い

- ①医療機関：検診実施月の翌月 10 日までに総保協に請求書を送付。
- ②総保協：ア：各市町村に検診費用＋事務費等を請求。(請求書受領月の 20 日ごろ)
イ：医療機関に検診費用を支払う。(請求書受理月の翌月 15 日ごろ)
ウ：二次読影医に読影費用を支払う。
- ③市町村：総保協に検診費用＋事務費等を支払う。(請求書受理月 30 日以内。)

(8) 事後指導及び管理

- ①市町村：ア：精密検査未受診者に、再度受診勧奨を行う。
イ：「問診票(別紙 2)」「同意書(別紙 3)」「胃がん検診受診者名簿(別紙 4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」「胃がん検診偶発症報告書(別紙 7)」「胃がん内視鏡検診要精検者台帳(別紙 9)」「胃がん検診集計表(別紙 12)」を整理し、5 年間保管。
- ②総保協：ア：精密検査結果を整理し、「胃がん検診集計表(別紙 12)」を作成し、市町村に送付。
イ：精密検査未受診者がいた場合は、市町村に連絡する。
- ③医療機関：胃内視鏡検査の記録(電子媒体など)、生検の記録、結果の記録された「胃がん検診受診者名簿(別紙 4)」「胃がん内視鏡検診カード(別紙 5)」を検査実施結果として 5 年間保管。

様式一覧

- ・ (別紙 1) 胃内視鏡検診受診票 15
- ・ (別紙 2) 問診票 16
- ・ (別紙 3) 同意書 17
- ・ (別紙 4) 胃がん検診受診者名簿 18
- ・ (別紙 5) 胃がん内視鏡検診カード 19
- ・ (別紙 6) 生検 (精密検査) 結果通知書 20
- ・ (別紙 7) 胃がん検診偶発症報告書 21
- ・ (別紙 8) 胃がん検診内視鏡画像点検表 22
- ・ (別紙 9) 胃がん内視鏡検診要精検者台帳 23
- ・ (別紙 10) 精密検査依頼書兼結果通知書 24
- ・ (別紙 11) 胃内視鏡検診結果のお知らせ 25
- ・ (別紙 12) 胃がん検診集計表 26
- ・ 胃内視鏡検診請求書 27

(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、自己負担金〇〇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いただきます。

《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》

〇〇市町村役場 〇〇課 〇〇係

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

(別紙2)

問診票

氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所		電話	
受診日	年 月 日	保険区分	国保・後期・健保 共済・生保・他

※お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にご持参ください。

1. 胃がんにかかったことはありますか。 <input type="checkbox"/> はい(年、 歳) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
2. 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 胃腸病の既往歴はありますか。 <input type="checkbox"/> はい(病名:) <input type="checkbox"/> いいえ
4. ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい(年、 歳) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
5. 薬剤アレルギーはありますか。 <input type="checkbox"/> はい(薬の種類:) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
6. 現在、高血圧の治療を受けていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
7. 現在、抗血栓薬(血液を固まりにくくする薬)を服用していますか。 <input type="checkbox"/> はい(薬の種類:) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
8. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
9. 入れ歯をいれていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10. 下記の病気で治療を受けていますか。 <input type="checkbox"/> なし <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
11. 以下の鼻の病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 鼻茸 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎
12. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない →歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題がありましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
13. 鼻腔の手術をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
14. タバコは吸いますか。 <input type="checkbox"/> 現在、吸っている <input type="checkbox"/> 過去に吸っていたが、やめた <input type="checkbox"/> 吸っていない
15. 家族に胃がんにかかった人はいますか。 <input type="checkbox"/> はい(父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
16. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
17. 胃がん検診を受けたことがある方は、 <u>もっとも最近</u> 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。 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> その他() 2) 検査の方法 <input type="checkbox"/> 胃X線検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 3) 検診の時期: _____年、_____歳

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X線撮影)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。

【胃内視鏡検査の方法】

口(もしくは鼻)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は、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やわらかい消化の良いものを食べてください。過激な運動、長湯、旅行なども避けてください。**

注意：咽頭、鼻腔などに重篤な疾患がある方、呼吸不全のある方、急性心筋梗塞や、重篤な不整脈などの心疾患のある方、明らかな出血傾向やその疑いのある方、高血圧治療中の方、アレルギー体質の方は、検査前に医師に申し出てください。

【偶発症(検査によってまれに起こる不都合な症状)】

偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検診では10万件に87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) 薬剤によるアレルギー(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) 鼻から内視鏡を入れた場合は、鼻痛、鼻出血

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。

【検査後の注意事項】

- ・検査後の1時間程度は水分補給や食事は控えてください。
- ・検査終了後に何らかの**異変がある場合には、検査医に相談し、その指示をおおい下さい。**

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、その実施に同意いたします。

【生検の実施について】

異常がある場合には、病変の一部をつまみ、細胞の検査を行うことがあります。

生検を実施しても構いませんか。 生検を希望する。 生検は希望しない。

令和 年 月 日

受診者署名

受診者代理署名 (続柄)

(別紙4)

市町村名 () 胃がん検診受診者名簿 (内視鏡)

電子媒体USB No()

医療機関名

検査日	検査番号	免除	保険区分	氏名	住所	生年月日	年齢	性別	初回	一次	生検	二次	要精	備考
1			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
2			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
3			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
4			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
5			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
6			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
7			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
8			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
9			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
10			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
11			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
12			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
13			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
14			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
15			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
16			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
17			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
18			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
19			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						
20			国保・後期・健保 共済・生保・他					男・女						

※ 「生検」を一次検査と同時に実施した場合は「○」を記入してください。

※ 内視鏡検査又はX線検査を過去3年以内に受けていない方は、初回になりますので「○」を記入してください。

※ 自己負担金が免除の場合は、「免除」欄に「○」を記入してください。

市町村名() 胃がん内視鏡検診カード (胃内視鏡検診結果判定表)

検診実施機関	検診実施医師	検診日	検査番号
		R 年 月 日	
フリガナ	住所	電話番号	性別 男・女 年齢 歳
氏名			生年月日 T・S 年 月 日

問診票から転記	問1 胃がんにかかったことはありますか。	いいえ はい(年、 歳) わからない
	問2 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。	いいえ はい 病名
	問3 胃腸病の既往歴はありますか。	いいえ はい 病名
	問4 ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。	いいえ はい(年、 歳) わからない
	問17 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。	いいえ はい わからない
直近の検診時期 年 歳、(X線検査、内視鏡検査)		

読影所見	病変部位1				病変部位2						
	部位A		診断名		部位A		診断名				
	一次	二次	一次	二次	一次	二次	一次	二次			
8.食道及び噴門部			1.胃がん			8.食道及び噴門部			1.胃がん		
7.穹窿部			進行がん			7.穹窿部			進行がん		
6.胃体上部			早期がん			6.胃体上部			早期がん		
5.胃体中部			胃がん疑い			5.胃体中部			胃がん疑い		
4.胃体下部			2.胃潰瘍			4.胃体下部			2.胃潰瘍		
3.胃角部			活動性			3.胃角部			活動性		
2.前庭部			癒痕性			2.前庭部			癒痕性		
1.幽門前部			3.胃ポリープ			1.幽門前部			3.胃ポリープ		
0.十二指腸球部			4.胃炎			0.十二指腸球部			4.胃炎		
			慢性						慢性		
			萎縮性						萎縮性		
			ビラン性						ビラン性		
			表層性						表層性		
			5.粘膜下腫瘍						5.粘膜下腫瘍		
			6.十二指腸潰瘍						6.十二指腸潰瘍		
			活動性						活動性		
			癒痕性						癒痕性		
			7.その他						7.その他		
			非上皮性悪性腫瘍						非上皮性悪性腫瘍		
			胃腺腫						胃腺腫		
			食道悪性疾患						食道悪性疾患		
			その他						その他		
※各診断については、できるだけ詳細に備考欄に記入してください。				※各診断については、できるだけ詳細に備考欄に記入してください。							
備考欄		備考欄									
一次		一次									
二次		二次									

検診機関判定区分 (一次)	生検実施 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位)→生検(精密検査)結果通知書を作成し、総合保健協会へ送付。
	<input type="checkbox"/> 1.胃癌所見 <input type="checkbox"/> 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 <input type="checkbox"/> 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見 <input type="checkbox"/> 4.良性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> 5.異常認めず <input type="checkbox"/> 6.胃癌以外の要精密病変(悪性病変,疑い含む) (診断名:)
偶発症の有無	<input type="checkbox"/> 1.なし <input type="checkbox"/> 2.あり→「胃がん検診偶発症報告様式」に記入し、高知県総合保健協会へ送付。(総保協は、受診券を発行した市町村と県健康対策課へ送付)

二次読影総合判定区分	<input type="checkbox"/> 1.胃癌所見 <input type="checkbox"/> 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 <input type="checkbox"/> 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見 <input type="checkbox"/> 4.良性と判断できる所見 <input type="checkbox"/> 5.異常認めず <input type="checkbox"/> 6.胃癌以外の要精密病変(悪性病変,疑い含む) (診断名:) 備考(自由記載欄:病変1・2以外の追加所見及び気づきの点を記入)
	精密検査の必要性 <input type="checkbox"/> 1.あり <input type="checkbox"/> 2.なし 二次読影医師名

生検(精密検査)結果通知書 (検診実施機関⇒総合保健協会)

検診実施機関で生検を実施した場合は、高知県総合保健協会の住民検診内視鏡取扱い事務宛まで封筒に入れお送り下さいますようお願いいたします。

氏名(フリガナ)	
氏名	生年月日 T・S 年 月 日(歳)
住所	性別 男・女

内視鏡検診	検診日 R 年 月 日	検査番号 No
	所見欄	
	検診実施機関読影	病変部位1 部位A 部位B 診断名 病変部位2 部位A 部位B 診断名 備考
	検診実施機関判定	病変部位1 1.胃癌所見 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見 病変部位2 1.胃癌所見 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見

精密検査の結果をご記入お願いします。↓

		結果	備考	指示	組織診断分類													
精密検査診断	病変部位1	<input type="checkbox"/> 1. 胃癌(確定) └ <input type="checkbox"/> 早期がん <input type="checkbox"/> 進行がん └ <input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> 2. 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 3. 非上皮性悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 4. 胃腺腫(異型上皮) <input type="checkbox"/> 5. 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 6. 胃潰瘍(癒痕含) <input type="checkbox"/> 7. 十二指腸潰瘍(癒痕含) <input type="checkbox"/> 10. 異常なし(胃炎を含む) <input type="checkbox"/> 12. 転移がん <input type="checkbox"/> 13. その他()		<input type="checkbox"/> 1. 要手術 <input type="checkbox"/> 2. 要内視鏡治療 <input type="checkbox"/> 3. 入院治療 <input type="checkbox"/> 4. 通院治療 <input type="checkbox"/> 5. 経過観察 <input type="checkbox"/> 6. 特に指示なし ☆他院紹介 (名称)	<input type="checkbox"/> 1. Group I <input type="checkbox"/> 2. Group II <input type="checkbox"/> 3. Group III <input type="checkbox"/> 4. Group IV <input type="checkbox"/> 5. Group V <input type="checkbox"/> その他()													
	病変部位2	<input type="checkbox"/> 1. 胃癌(確定) └ <input type="checkbox"/> 早期がん <input type="checkbox"/> 進行がん └ <input type="checkbox"/> 粘膜内がん <input type="checkbox"/> 2. 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 3. 非上皮性悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 4. 胃腺腫(異型上皮) <input type="checkbox"/> 5. 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 6. 胃潰瘍(癒痕含) <input type="checkbox"/> 7. 十二指腸潰瘍(癒痕含) <input type="checkbox"/> 10. 異常なし(胃炎を含む) <input type="checkbox"/> 12. 転移がん <input type="checkbox"/> 13. その他()		<input type="checkbox"/> 1. 要手術 <input type="checkbox"/> 2. 要内視鏡治療 <input type="checkbox"/> 3. 入院治療 <input type="checkbox"/> 4. 通院治療 <input type="checkbox"/> 5. 経過観察 <input type="checkbox"/> 6. 特に指示なし ☆他院紹介 (名称)	<input type="checkbox"/> 1. Group I <input type="checkbox"/> 2. Group II <input type="checkbox"/> 3. Group III <input type="checkbox"/> 4. Group IV <input type="checkbox"/> 5. Group V <input type="checkbox"/> その他()													
	備考	(自由記載欄:病変1・病変2以外の追加所見及び気づきの点を記入)																
		☆精検に伴う偶発症の有無 内容 <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. なし</td> <td rowspan="4">}</td> <td><input type="checkbox"/> 1. 前処置による偶発症</td> <td><input type="checkbox"/> 5. 入院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. あり</td> <td><input type="checkbox"/> 2. 治療を要する出血</td> <td><input type="checkbox"/> 6. 死亡</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 3. 穿孔</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 4. その他()</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. なし	}	<input type="checkbox"/> 1. 前処置による偶発症	<input type="checkbox"/> 5. 入院	<input type="checkbox"/> 2. あり	<input type="checkbox"/> 2. 治療を要する出血	<input type="checkbox"/> 6. 死亡		<input type="checkbox"/> 3. 穿孔			<input type="checkbox"/> 4. その他()				
<input type="checkbox"/> 1. なし	}	<input type="checkbox"/> 1. 前処置による偶発症	<input type="checkbox"/> 5. 入院															
<input type="checkbox"/> 2. あり		<input type="checkbox"/> 2. 治療を要する出血	<input type="checkbox"/> 6. 死亡															
		<input type="checkbox"/> 3. 穿孔																
		<input type="checkbox"/> 4. その他()																
		精密検査 医療機関名	検査日 R 年 月 日															
		担当医師名																

(別紙7)

胃がん検診偶発症報告書

報告医療機関	
検診日	年 月 日
受診者氏名	
性別	1. 男 2. 女
生年月日	年 月 日 (歳)
基礎疾患	1. あり () 2. なし
内視鏡の機種	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(他院紹介) 3. 帰宅(検査施設対応)
入院医療機関	
偶発症 発症時の状況	

※ 検査の中断や処置(投薬、点滴、鼻出血処置など)、病院紹介など何らかの対応が必要であった偶発症は全て報告してください。

※報告書は、高知県総合保健協会に送付をお願いします。

※重症度が「3重症(入院)」「4死亡」の場合は、受診券を発行した市町村に直ちに連絡をお願いします。

(別紙8)

令和 年 月 日

施設名 医院・診療所・病院 御中

胃がん検診 内視鏡画像点検表

1. 画像の網羅性

満足し得る 多少改善の余地あり かなり改善の余地あり 大幅に改善の必要あり

1-2. 改善を要する部位(「満足し得る」以外の時にチェック)

- 食道
- 噴門部
- 穹窿部
- 胃体上部 ⇒ 前壁 後壁 小弯 大弯
- 胃体中部 ⇒ 前壁 後壁 小弯 大弯
- 胃体下部 ⇒ 前壁 後壁 小弯 大弯
- 胃角部 ⇒ 前壁 後壁 小弯 大弯
- 前庭部 ⇒ 前壁 後壁 小弯 大弯
- 幽門輪
- 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

満足し得る 多少改善の余地あり かなり改善の余地あり 大幅に改善の必要あり

2-2. 改善を要する点(「満足し得る」以外の時にチェック)

- 色調 ⇒ 赤味が強い 黄色味が強い 青味が強い
- 露出 ⇒ オーバ気味 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

満足し得る 多少改善の余地あり かなり改善の余地あり 大幅に改善の必要あり

3-2. 改善を要する点(「満足し得る」以外の時にチェック)

- 内視鏡の接触や吸引による出血・発赤など変化 ⇒ 目立つ 多少目立つ

4. 空気量

丁度良い 多い 多少少ない かなり少ない

5. 画像のコマ数

丁度良い かなり多い 多少多い 多少少ない

6. 前処置

満足し得る 多少改善の余地あり かなり改善の余地あり 大幅に改善の必要あり

6-2. 改善を要する点(「満足し得る」以外の時にチェック)

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

7. その他(その他の気付いた点を記入)

総合評価	<input type="checkbox"/> 満足し得る <input type="checkbox"/> もう少し改善すると「満足し得る」域に達する <input type="checkbox"/> かなり改善しないと「満足し得る」域に達しない <input type="checkbox"/> 複数の委員で検討した結果、上記理由で、検診に足る画像でないとの結論に達する
-------------	---

読影医 コメント欄

精密検査依頼書兼結果通知書

(総合保健協会 → 市町村 → 本人 → 精密検査機関 → 総合保健協会)

令和 年 月 日

精密医療機関 様

本書お持ちの方は、胃内視鏡検診の結果、下記の所見がありましたので精密検査をお願いいたします。なお、お手数ですが精密検査の結果をご記入のうえ、同封の返信封筒により送付くださいますようお願いいたします。

氏名(フリガナ)	
氏名	生年月日 T・S 年 月 日(歳)
住所	性別 男・女

内視鏡検診	検診機関名	検診日 R 年 月 日	検査番号 No
	読影所見	病変部位1 部位A	部位B 診断名
		病変部位2 部位A	部位B 診断名
		追加病変部位 部位A	部位B 診断名
	備考		
検診総合判定	病変部位1	1.胃癌所見 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見 6.胃癌以外の要精密病変(悪性病変、疑い含む)(診断名:)	
	病変部位2	1.胃癌所見 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見 6.胃癌以外の要精密病変(悪性病変、疑い含む)(診断名:)	
	追加病変部位	1.胃癌所見 2.胃癌が強く疑われるが確定診断が下しえない所見 3.良性か悪性かの鑑別が必要な所見 6.胃癌以外の要精密病変(悪性病変、疑い含む)(診断名:)	
偶発症の有無	1.なし 2.あり ⇒「あり」の場合、その内容を記載		

精密検査の結果をご記入をお願いします。↓

精密検査診断	病変部位1	結果	部位	指示	組織診断分類															
	病変部位2	結果	部位	指示	組織診断分類															
		(自由記載欄: 病変1・病変2以外の追加所見及び気づきの点を記入)																		
備考	☆精検に伴う偶発症の有無 内容 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>1. なし</td> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/>1.前処置による偶発症</td> <td><input type="checkbox"/>5.入院</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2. あり</td> <td><input type="checkbox"/>2.治療を要する出血</td> <td><input type="checkbox"/>6.死亡</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>3.穿孔</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>4.その他()</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> 1. なし	}	<input type="checkbox"/> 1.前処置による偶発症	<input type="checkbox"/> 5.入院	<input type="checkbox"/> 2. あり	<input type="checkbox"/> 2.治療を要する出血	<input type="checkbox"/> 6.死亡		<input type="checkbox"/> 3.穿孔				<input type="checkbox"/> 4.その他()		
<input type="checkbox"/> 1. なし	}	<input type="checkbox"/> 1.前処置による偶発症	<input type="checkbox"/> 5.入院																	
<input type="checkbox"/> 2. あり		<input type="checkbox"/> 2.治療を要する出血	<input type="checkbox"/> 6.死亡																	
		<input type="checkbox"/> 3.穿孔																		
		<input type="checkbox"/> 4.その他()																		
精密検査 医療機関名		検査日 R 年 月 日		担当医師名																

胃内視鏡検診結果のお知らせ

氏 名 _____

性 別 男 ・ 女

生年月日 大正・昭和 年 月 日生

住 所

_____年_____月_____日に、(胃内視鏡検診実施医療機関名)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。

記

1. 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。

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. 今回の検査の結果、再検査が必要です。

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. 今回の検査で病変が認められましたので、医療機関を受診してください。

胃内視鏡検診実施医療機関：

連絡先

胃がん検診実施主体(市町村担当部署)

連絡先

胃がん検診集計表 (令和 年度) (市町村名:)

性別	年齢区分	受診者数	要精検者数	要精検受診者数	胃癌		胃がん疑い	非上皮性悪性腫瘍	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)	異常なし	転移がん	計		備考
					胃がん										その他		
					①	②										③	
					早期	進行	粘膜内		④	⑤	⑥	⑦	⑩	⑫	⑬		
男	40-44																
	45-49																
	50-54																
	55-59																
	60-64																
	65-69																
	70-74																
	75-79																
	80+																
	計																

男初回受診者																	

女	40-44																
	45-49																
	50-54																
	55-59																
	60-64																
	65-69																
	70-74																
	75-79																
	80+																
	計																

女初回受診者																	

男女計 初回受診者計																	

[注] 1. 一症例一疾患名とする。二つ以上の疾患が存在する場合は、若い番号の疾患名を記入する。例えば、胃ポリープと胃潰瘍が存在する場合は、胃ポリープとなる。
 2. 異常なしとは、精密検査で異常なしとなったものである。

