

# 川崎市胃がん検診(エックス線検査)申込書・記録票

※ 昨年度(4月1日~翌年3月31日)、川崎市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しましたが、  
 ※ 受診される方へ : 太枠の中を強くお書きください。

〒25-0011 川崎市麻生区百合の丘7-1  
**いしだクリニック**  
 TEL.044-955-0250

受診年月日	令和 平成 年 月 日	診査機関名	TEL.044-955-0250
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施  特定健診  肺がん  大腸がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個人個人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名	カナ氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭
住所	川崎市 区	電話		年 月 日 ( 歳)	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

- 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ( ) には部位を記入してください。  
 1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母 ( ) (2) 兄弟姉妹 ( ) (3) おじ・おば ( )
- 次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある  
 (1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎  
 (7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患 ( ) いつですか⇒( 年 月)
- 腹部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある (病名 )
- 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名 )
- 以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある  
 (1) 胃痛 (2) 食物がつかえる感じ (3) 胃のもたれ、重苦しさ (4) 胸やけ、げっぷ (5) 胃のはり (6) 吐きけ、おう吐  
 (7) 顔色が悪い (8) 食欲の衰え (9) 下痢ぎみ (10) 便秘ぎみ (11) 血便 (12) 黒っぽい便 (13) 体重減少
- 嗜好 (1) たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う (1日 本位)  
 (2) 酒類 1 飲まない 2 飲む (毎日 時々)
- 現在妊娠していますか 1 妊娠している 2 妊娠していない
- 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか (内視鏡検査・バリウム検査)  
 1 ない 2 ある ⇒ 前回 年 月頃、検査結果 異常なし/病名 ( )

一次読影日	年 月 日	医師氏名	部位区分				所見				診断				
A区分	E 食道部	F 穹隆部	A	B											
	I 胃角	U 体部上部													
B区分	B 十二指腸球部	M 体部中部													
	A 前庭	L 体部下部													
B区分	1. 小弯側	2. 前壁	判定 i. ii. iii. iv. v.												
	3. 後壁	4. 大弯側													

二次読影日	年 月 日	医師氏名	部位区分				所見				診断				
A区分	E 食道部	F 穹隆部	A	B											
	I 胃角	U 体部上部													
B区分	B 十二指腸球部	M 体部中部													
	A 前庭	L 体部下部													
B区分	1. 小弯側	2. 前壁	判定 I. II. III. IV. V.												
	3. 後壁	4. 大弯側													

総合判定	1 所見なし・精密検査不要		2 所見あり・精密検査不要	
	3 要精密検査 ⇒ 自院で実施		他院を紹介(医療機関名 )	
判定医師名	石田和彦			
医師のコメント(所見)				

検診結果について、説明・指導を受けました。 平成 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので  結果を郵送  医師が本人に電話説明した後、結果を郵送  
 備考: