

広島県における市町がん検診胃内視鏡検査実施に係る手引き

平成28年10月

広島県地域保健対策協議会
がん対策専門委員会 胃内視鏡検診実施体制検討WG

1 目的

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいて市町が実施する胃がん検診（対策型検診）における胃内視鏡検査については、侵襲性が比較的大きいことから、安全管理を含めた精度管理が従来の他の検診よりも重要である。

については、県内の市町が実施する胃がん検診における胃内視鏡検査の精度を一定に保つため、県内統一の基準として本手引きを定め、県内の胃内視鏡検診の精度管理体制の構築を図る。

※本手引きに定めるものの他、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」を参考とすること。

2 実施主体

県内市町

3 胃内視鏡検診運営委員会（仮称）

胃がん検診に胃内視鏡検査を導入する市町では、検診の実施を運営するための胃内視鏡検診運営委員会（仮称）を設置する必要がある。なお、市町単独で設置が難しい場合は、他市町と共同で設置、また医師会などに設置を委託することも可能である。ただし、胃内視鏡検診運営委員会（仮称）には、胃内視鏡検査を担当する地域の医師会及び検診機関、専門医などが含まれなくてはならない。

4 胃内視鏡検査における検診対象者及び検診間隔

（1）対象年齢・検診間隔

「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づき、市町の実施する胃がん検診における胃内視鏡検査の対象は50歳以上、検診間隔は隔年（2年に1回）の方法を推奨する。

（2）検診受診対象者

市町の実施する胃がん検診における胃内視鏡検査の対象者は50歳以上の住民で、胃疾患に関連する症状のない者とする。ただし、胃部分摘除後の受診者は、経過観察中以外は症状がなければ対象とする。また、ピロリ菌除菌後の受診者は、除菌後の年数にかかわらず対象とする。

また、抗血栓薬（※）服用中の受診者への対応については、胃内視鏡検査時に出血があった場合に、適切な止血処置が実施できない医療施設では、抗血栓薬服用中の受診者への胃内視鏡検査は原則として勧めない。

※ 抗血栓薬とは、「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン（日本消化器内視鏡学会）」と同様に、抗血小板薬と抗凝固薬とする。

その他、次の項目に該当する者は対象から除外する。

1) 検診対象の除外条件

- ①胃内視鏡検診に関するインフォームド・コンセントや同意書の取得ができない者
- ②妊娠中の者
- ③疾患の種類にかかわらず入院中の者
- ④消化性潰瘍などの胃疾患で受療中の者（ピロリ除菌中の者を含む）
- ⑤胃全摘術後の者

2) 胃内視鏡検査の禁忌

- 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者
- ②呼吸不全のある者
- ③急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者
- ④明らかな出血傾向またはその疑いのある者
- ⑤収縮期血圧が極めて高い者（高血圧治療中の場合、検査直前に血圧を測り、受検の可否を判断する。降圧剤処置後に胃内視鏡検査を行うことは可能だが、急激に血圧を降下させることはリスクを伴う。）
- ⑥全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者

5 胃内視鏡検査に参加する検査医の条件

市町の実施する胃がん検診における胃内視鏡検査に参加する医師の条件として、次のいずれかの条件を満たす医師であること。

- 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、検診にかかわらず概ね年間 100 件以上の胃内視鏡検査を実施しており、県の実施する研修会・講習会等への出席が一定以上（※1）である医師
- ③ 胃内視鏡検査の実施が年間 100 件には満たないが、十分な実績（※2）があり、県の実施する研修会・講習会等への出席が一定以上（※1）である医師

※1 「出席が一定以上」とは…県の実施する「広島県市町がん検診胃内視鏡検査従事者研修会（基礎編）」を受講していること。併せて、「広島県市町がん検診胃内視鏡検査従事者研修会（応用編）」、又は内視鏡に関連する各種学会に2年に1回以上参加していること。

※2 「十分な実績」とは…胃内視鏡検査の実地経験が、通算 1,000 件以上あること、又は胃内視鏡の実務に 7 年以上携わっていること。

6 読影体制

精度を一定に保つため、市町の胃がん検診として行われる胃内視鏡検査は、全例ダブルチェックを行う。

ダブルチェックを行う読影医の条件として、次のいずれかの条件を満たす医師であること。

- 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のいずれかの資格を持つ医師
- ② 日本消化器病学会専門医で、かつ概ね年間 100 件以上胃内視鏡検査を実施している、又は胃内視鏡検査の実施経験が通算 1,000 件以上ある十分な経験・技量を有する医師

7 前処置に係る鎮痛薬・鎮静薬の使用について

各市町の実施する胃がん検診における胃内視鏡検査では、原則として鎮痛薬（オピオイド系など）・鎮静薬（ベンゾジアゼピン系など）は使用しない。

※「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン」及び「日帰り麻酔の安全のための基準」を遵守できる環境でなければ、鎮痛薬・鎮静薬の使用は望ましくない。

8 生検の対象

生検は医療保険給付の対象（平成 15 年 7 月 30 日厚生労働省保険局医療課事務連絡）となるので、あらかじめ検診の自己負担額の他に、生検実施に対する保険診療の自己負担額が追加される可能性があることを受診者に説明し、了承を得ておく。

生検は腫瘍性病変が想定される場合にのみ行い、以下の病変に対しては、原則生検の必要はない。なお、静脈瘤の生検は禁忌である。検診で行う内視鏡検査の生検率は最小限となるようにすべきである。

- ①典型的な胃底腺ポリープ ②タコイボびらん ③黄色腫
- ④血管拡張症(Vascular ectasia) ⑤5mm 以下の過形成ポリープ ⑥十二指腸潰瘍

9 機器管理（洗浄・消毒の方法等）

内視鏡の洗浄・消毒については、日本消化器内視鏡学会の「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド」に準ずる。

10 偶発症対策

各市町から検診を委託されている医療機関や医師会等は、胃内視鏡検査に伴う偶発症につい

て、市町へ報告を行う必要がある。

なお、報告する偶発症は、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することとする。

11 胃がん検診（胃内視鏡検査）結果報告に係る標準様式について

市町の実施する胃がん検診における胃内視鏡検査の結果報告に係る様式については、県標準様式（「様式1 胃がん検診（胃内視鏡）受診票兼結果報告書」、「様式2 胃がん検診（胃内視鏡）偶発症報告書」）の活用について検討すること。

12 精度管理・追跡調査

市町の実施する対策型がん検診は、死亡率減少を目的としており、その成果をあげるためには、有効ながん検診を正しく実施することが必要である。両者が整いはじめて質の高い検診の提供が可能となる。有効性の科学的根拠が確立している検診であっても、精度管理を正しく行わなければ死亡率減少には到達しないため、精度管理は非常に重要となってくる。

胃内視鏡検診では、特に精検受診者数、発見がん数についての継続的な調査が必要となる。追跡調査の方法は、実施主体の参加となる医療機関への悉皆調査、受診者個人へのアンケート調査、がん登録との照合がある。市町は個人情報の取り扱いには十分配慮したうえで、必要な情報をできる限り収集するよう努める必要がある。

また、発見胃がんに関する情報（診断日、治療方法、進行度、病理など）の詳細情報を継続的に収集することが望ましい。

市町が実施する対策型検診における胃内視鏡検査の実施運営について
(胃内視鏡検診運営委員会(仮称)及び読影委員会の設置の例)

【例１】 市町が単独で運営委員会を設置する場合

■ A市の場合

(1) 胃内視鏡検査の委託について

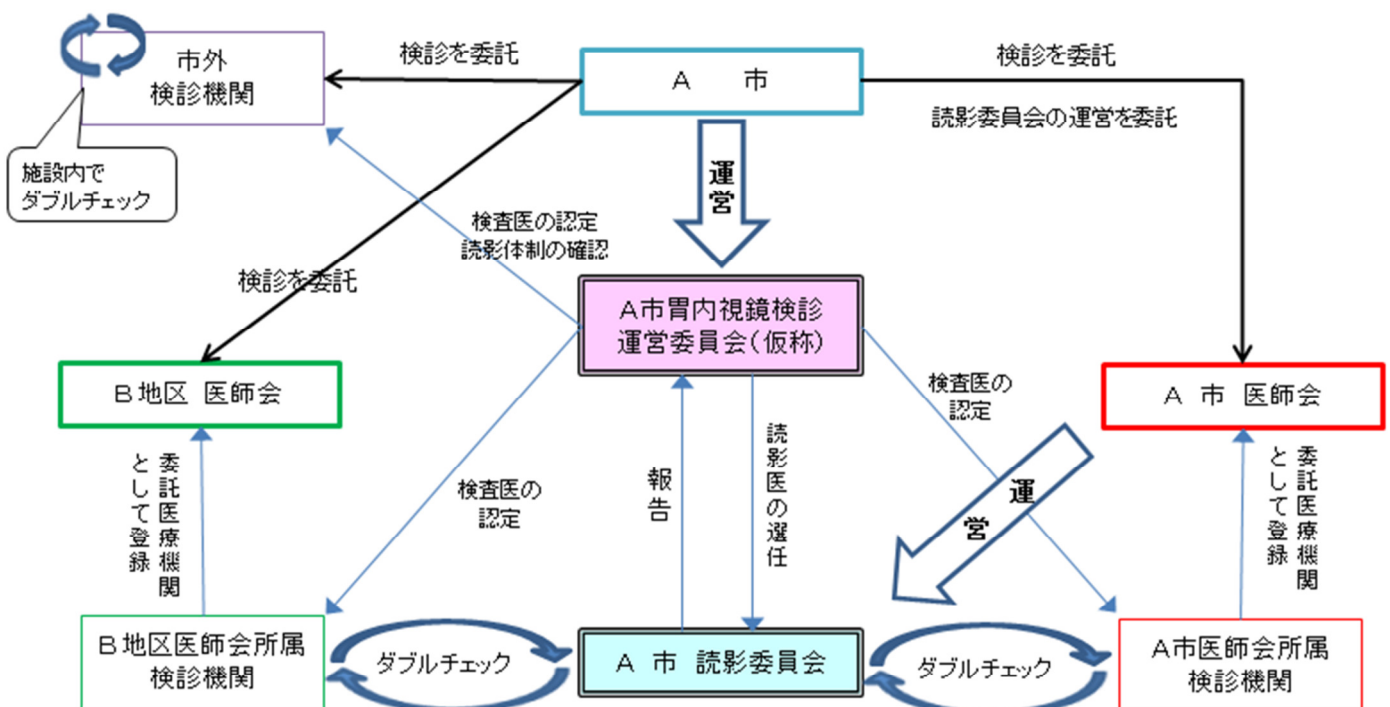
- ① 市内のA市医師会及びB地区医師会にそれぞれ一括で委託
- ② 市外の医療機関と個別に契約あり

(2) 胃内視鏡検診運営委員会の設置・運営について

- ① 設置・運営
A市が「A市胃内視鏡検診運営委員会」を設置・運営する。
- ② 運営委員会のメンバー
A市、A市医師会、B地区医師会、市内の医療機関、専門医等で構成
- ③ 検討内容
検診の対象、検診の実施方法、検査医の認定、読影委員会によるダブルチェックの運用方法、偶発症対策などを検討する。

(3) ダブルチェックの運用方法

- ① 運用方法
A市の対策型検診として実施された胃内視鏡検査については、全症例ダブルチェックを行う。
- ② 読影委員会の設置
A市は、読影医委員会の設置をA市医師会に委託。
委託を受けたA市医師会が「A市読影委員会」を設置。
- ③ 読影委員会のメンバー(読影医)
「A市胃内視鏡検診運営委員会」において選任(読影医の選任の条件は、「広島県における市町がん検診胃内視鏡検査実施に係る手引き」を参照)
- ④ 読影の方法
基本的に、A市の胃内視鏡検査実施機関は、A市読影委員会に画像を提出し、ダブルチェックを行う。
ただし、読影医の条件を満たす医師が2名以上勤務する検診機関においては、機関内での相互チェックを代替方法とすることができる。



【例２】市町単独では運営委員会の設置が難しい場合

■ X町、Y町、Z町の場合（3町はW地区医師会の管内）

（１）胃内視鏡検査の委託について

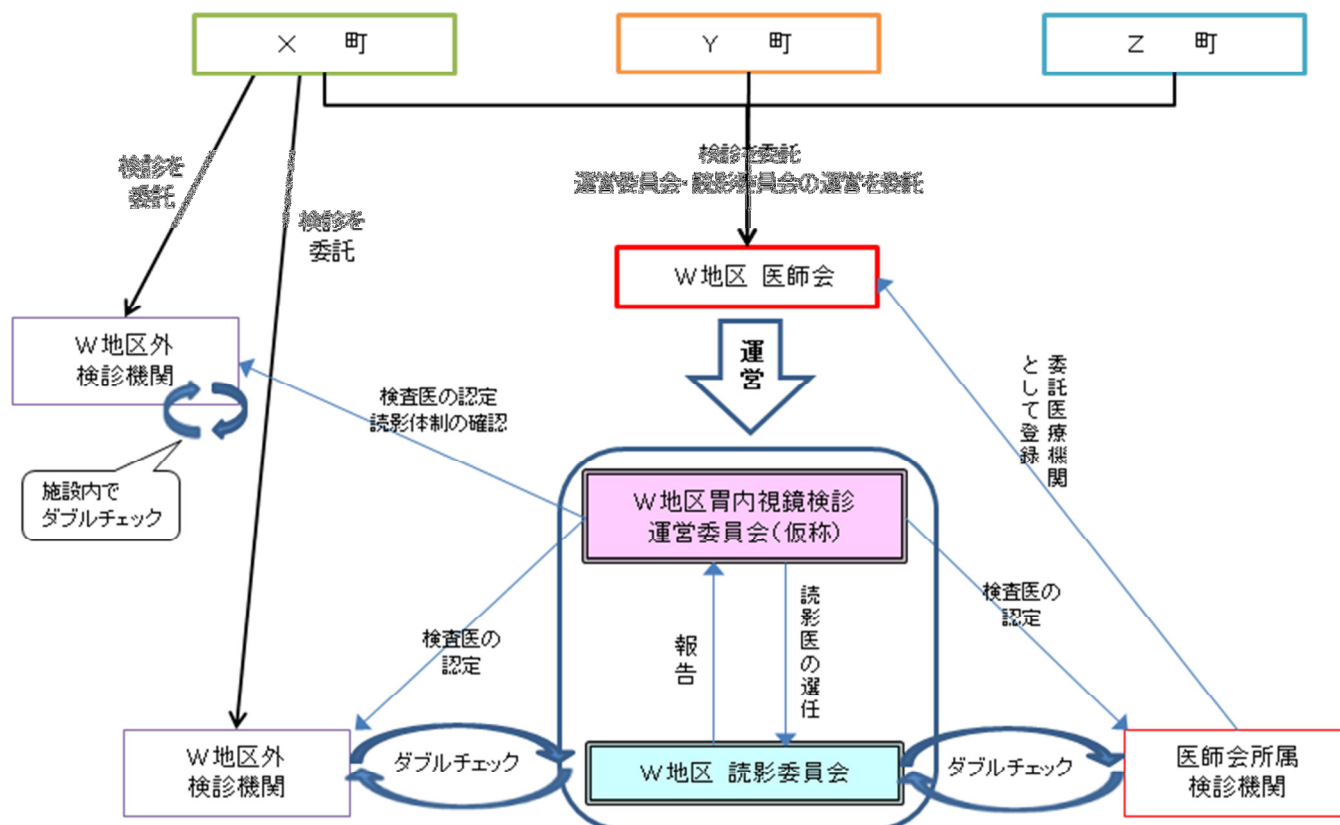
- ① X町、Y町、Z町のそれぞれが、W地区医師会に胃内視鏡検査を一括で委託
- ② X町は町外の医療機関と個別契約あり

（２）胃内視鏡検診運営委員会の設置・運営について

- ① 設置・運営
X町、Y町及びZ町は運営委員会の設置・運営をW地区医師会に共同で委託。
委託を受けたW地区医師会が、「W地区胃内視鏡検診運営委員会」を設置・運営。
- ② 運営委員会のメンバー
X町、Y町、Z町、W地区医師会、W地区内の検診機関、専門医等で構成
- ③ 検討内容
検診の対象、検診の実施方法、検査医の認定、読影委員会によるダブルチェックの運用方法、偶発症対策などを検討する。

（３）ダブルチェックの運用方法

- ① 運用方法
W地区内の対策型検診として実施された胃内視鏡検査については、全症例ダブルチェックを行う。
- ② 読影委員会の設置
X町、Y町及びZ町は読影委員会の設置をW地区医師会に委託。
委託を受けたW地区医師会が「W地区読影委員会」を設置。
- ③ 読影委員会のメンバー（読影医）
「W地区胃内視鏡検診運営委員会」において選任（読影医の選任の条件は、「広島県における市町がん検診胃内視鏡検査実施に係る手引き」を参照）
- ④ 読影の方法
基本的に、W地区内の胃内視鏡検査実施機関は、W地区読影委員会に画像を提出し、ダブルチェックを行う。
ただし、読影医の条件を満たす医師が2名以上勤務する検診機関においては、機関内での相互チェックを代替方法とすることができる。



胃がん検診(胃内視鏡)受診票 兼 結果報告書

(胃内) 様式 1
【3 枚複写】

〇〇市(町)胃がん検診(内視鏡)を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

〇〇市(町)胃がん検診(胃内視鏡)申込 兼 同意書(本人署名)					
〒市(町)					
フリガナ					
名前様					
生年月日	年	月	日	歳	性 別 男 ・ 女
電話番号					

※以下の欄は医療機関が記入しますので、記入しないでください。

受付No.		検診年月日	
医療機関名			
検査医氏名		電話番号	

問 診 内 容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

1.	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
2.	現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか？ □ はい（病名 ） □ いいえ
3.	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
4.	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
5.	現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか？ □ はい（薬の種類 ） □ いいえ □ わからない
6.	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
7.	入歯をいれていますか？ (□はい □いいえ)
8.	現在、次の病気で治療を受けていますか？ □なし □高血圧 □緑内障 □前立腺肥大 □甲状腺機能亢進症 □心疾患 □その他()
9.	次の鼻の病気をしたことがありますか？ □ なし □ 副鼻腔炎 □ 鼻茸 □ アレルギー性鼻炎
10.	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 ⇒「はい」の場合、歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題はありましたか？ □ はい □ いいえ □ わからない
11.	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
12.	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
13.	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
14.	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
15.	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教えてください。 (1)どちらで受けましたか □ 市町 □ 職場 □ 人間ドック □ その他() (2)検査の方法 □ 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)

【胃内視鏡検査結果報告書】 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 内視鏡検査医による検査結果 ※検査医が記入

実施日	年 月 日		貴院カルテ番号 (※)	
検診方法	□ 経口 □ 経鼻			
部位	1	□ 食道 □ 胃噴門部 □ 胃穹隆部 □ 胃体部 □ 胃角部 □ 胃前庭部 □ 胃幽門部 □ 十二指腸 □ その他()		
	2	□ 前壁 □ 後壁 □ 小弯 □ 大弯 □ 全周 □ 全体 □ その他()		
病 名	□ 異常なし			
	胃	□ 胃炎 □ 胃粘膜下腫瘍 □ 胃がん □ 胃ポリープ □ 胃潰瘍瘢痕 □ 早期の疑い □ 早期 □ 胃底腺ポリープ □ 胃潰瘍 □ 進行の疑い □ 進行 □ 過形成性ポリープ □ 胃腺腫 □ 深達度不明 □ 胃悪性リンパ腫 □ その他の胃疾患()		
	食道	□ 食道ポリープ □ 十二指腸 □ 十二指腸ポリープ □ 食道静脈瘤 □ 十二指腸潰瘍瘢痕 □ 食道がん □ 十二指腸潰瘍 □ 早期の疑い □ 早期 □ 進行の疑い □ 進行 □ 深達度不明 □ その他の十二指腸疾患() □ その他の食道疾患()		□ ()
	生 検	□ なし □ あり (結果: Group □1 □2 □3 □4 □5) (診断名:)		診 断 □ 胃がんなし □ 胃がん □ 原発性 □ 転移性 □ 早期 (□粘膜内) □ 進行 □ 胃がんの疑いまたは未確定 □ 胃がん以外の悪性病変
検査による 偶発症の有無	□ なし □ あり ※ありの場合、別紙「様式2」を添付する。			

② 読影医によるダブルチェックの結果 ※ダブルチェックを行う読影医が記入

読影年月日	年 月 日	読影医氏名	
(追加病変:部位, 所見など)			
診 断	□ 胃がんなし □ 胃がん □ 原発性 □ 転移性 □ 早期 (□粘膜内) □ 進行 □ 胃がんの疑いまたは未確定 □ 胃がん以外の悪性病変	再検査の 必要性	□ あり □ なし コメント

③ 総合診断(最終判定) ※ダブルチェックの結果を踏まえ、検査医が記入

□ 胃がんなし □ 胃がん □ 胃がんの疑いまたは未確定 □ 原発性 □ 転移性 □ 早期 (□粘膜内) □ 進行 □ 胃がん以外の悪性病変
--

④ 検査後の方針 ※検査医が記入

□ 異常なし, 問題なし □ 要精密検査	要治療 { □ 内科的治療 □ 内視鏡治療(EMR, ESD, ポリペクトミーなど) □ 外科的治療 □ 他院紹介
□ 経過観察	【紹介先医療機関】 ※「要精密検査」, 「要治療」の場合で、他院を紹介する場合に記入 医療機関名 医師名

胃がん検診(胃内視鏡)受診票 兼 結果報告書

(胃内) 様式 1
【3 枚複写】

〇〇市(町)胃がん検診(内視鏡)を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

〇〇市(町)胃がん検診(胃内視鏡)申込 兼 同意書(本人署名)				
〒市(町)				
フリガナ				
名前様				
生年月日	年	月	日	歳性 別男・女
電話番号				

※以下の欄は医療機関が記入しますので、記入しないでください。

受付No.		検診年月日	
医療機関名			
検査医氏名		電話番号	

問 診 内 容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

1.	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
2.	現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか？ □ はい（病名 ） □ いいえ
3.	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
4.	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
5.	現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか？ □ はい（薬の種類 ） □ いいえ □ わからない
6.	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
7.	入歯をいれていますか？ (□はい □いいえ)
8.	現在、次の病気で治療を受けていますか？ □なし □高血圧 □緑内障 □前立腺肥大 □甲状腺機能亢進症 □心疾患 □その他()
9.	次の鼻の病気をしたことがありますか？ □ なし □ 副鼻腔炎 □ 鼻茸 □ アレルギー性鼻炎
10.	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 ⇒「はい」の場合、歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題はありましたか？ □ はい □ いいえ □ わからない
11.	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
12.	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
13.	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
14.	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
15.	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教えてください。 (1)どちらで受けましたか □ 市町 □ 職場 □ 人間ドック □ その他() (2)検査の方法 □ 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)

【胃内視鏡検査結果報告書】 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 内視鏡検査医による検査結果 ※検査医が記入

実施日	年	月	日	貴院カルテ番号 (※)	
検診方法	□ 経口 □ 経鼻				
部位	1	□ 食道 □ 胃噴門部 □ 胃穹隆部 □ 胃体部 □ 胃角部 □ 胃前庭部 □ 胃幽門部 □ 十二指腸 □ その他()			
	2	□ 前壁 □ 後壁 □ 小弯 □ 大弯 □ 全周 □ 全体 □ その他()			
病 名	□ 異常なし				
	胃 □ 胃炎 □ 胃粘膜下腫瘍 □ 胃がん □ 胃ポリープ □ 胃潰瘍瘢痕 □ 早期の疑い □ 早期 □ 胃底腺ポリープ □ 胃潰瘍 □ 進行の疑い □ 進行 □ 過形成性ポリープ □ 胃腺腫 □ 深達度不明 □ 胃悪性リンパ腫 □ その他の胃疾患()				
	食道 □ 食道ポリープ □ 食道静脈瘤 □ 食道がん □ 早期の疑い □ 早期 □ 進行の疑い □ 進行 □ 深達度不明 □ その他の食道疾患()		十二指腸 □ 十二指腸ポリープ □ 十二指腸潰瘍瘢痕 □ 十二指腸潰瘍 □ その他の十二指腸疾患()		
	□ なし		その他 □ ()		
生 検	□ なし □ あり (結果: Group □1 □2 □3 □4 □5) (診断名:)			診 断	□ 胃がんなし □ 胃がん □ 原発性 □ 転移性 □ 早期 (□粘膜内) □ 進行
	検査による 偶発症の有無 □ なし □ あり ※ありの場合、別紙「様式2」を添付する。				□ 胃がんの疑いまたは未確定 □ 胃がん以外の悪性病変

② 読影医によるダブルチェックの結果 ※ダブルチェックを行う読影医が記入

読影年月日	年	月	日	読影医氏名	
(追加病変:部位, 所見など)					
診 断	□ 胃がんなし □ 胃がん □ 原発性 □ 転移性 □ 早期 (□粘膜内) □ 進行 □ 胃がんの疑いまたは未確定 □ 胃がん以外の悪性病変			再検査の 必要性	□ あり □ なし コメント

③ 総合診断(最終判定) ※ダブルチェックの結果を踏まえ、検査医が記入

□ 胃がんなし □ 胃がん □ 胃がんの疑いまたは未確定 □ 原発性 □ 転移性 □ 早期 (□粘膜内) □ 進行 □ 胃がん以外の悪性病変
--

④ 検査後の方針 ※検査医が記入

□ 異常なし, 問題なし □ 要精密検査	要治療 { □ 内科的治療 □ 内視鏡治療(EMR, ESD, ポリペクトミーなど) □ 外科的治療 □ 他院紹介
□ 経過観察	【紹介先医療機関】 ※「要精密検査」、「要治療」の場合で、他院を紹介する場合に記入 医療機関名 医師名

〇〇市(町)胃がん検診(内視鏡)を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医療機関から〇〇市(町)へ返送されることを了承します。

※太枠のなかを記入してください。

〇〇市(町)胃がん検診(胃内視鏡)申込 兼 同意書(本人署名)				
〒市(町)フリガナ				
名前様				
生年月日	年	月	日	歳性 別男・女
電話番号				

※以下の欄は医療機関が記入しますので、記入しないでください。

受付No.		検診年月日	
医療機関名			
検査医氏名		電話番号	

問 診 内 容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

1.	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
2.	現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか？ □ はい（病名） □ いいえ
3.	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
4.	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
5.	現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか？ □ はい（薬の種類） □ いいえ □ わからない
6.	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
7.	入歯をいれていますか？ (□はい □いいえ)
8.	現在、次の病気で治療を受けていますか？ □なし □高血圧 □緑内障 □前立腺肥大 □甲状腺機能亢進症 □心疾患 □その他()
9.	次の鼻の病気をしたことがありますか？ □ なし □ 副鼻腔炎 □ 鼻茸 □ アレルギー性鼻炎
10.	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 ⇒「はい」の場合、歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題はありましたか？ □ はい □ いいえ □ わからない
11.	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
12.	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
13.	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
14.	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
15.	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教えてください。 (1)どちらで受けましたか □ 市町 □ 職場 □ 人間ドック □ その他() (2)検査の方法 □ 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)

胃がん検診(胃内視鏡検査)結果のお知らせ

胃がん検診(胃内視鏡検査)の結果は、下記【総合判定】のとおりでした。

① 異常なし、問題なし の場合

今回の検査では、異常は認められませんでした。
今後も定期的にがん検診を受診し、健康管理に努めてください。
ただし、胃部不快感、胸やけ、胃痛等の症状がありましたら、この結果に関わらず、早めに医療機関を受診してください。

② 経過観察 の場合

今回の検査結果では、経過観察の必要があります。

③ 要精密検査 の場合

今回の検査結果では、さらに詳しい検査を受ける必要があります。

④ 要治療 の場合

今回の検査結果、治療が必要となります。

■ 以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証を持参のうえ、受診してください。

■ 不明な点がございましたら、検診実施機関、市町(がん検診担当部署)に御相談ください。

【胃がん検診(胃内視鏡検査)総合判定】

①異常なし、問題なし	③ 要精密検査	④ 要治療
② 経過観察	【紹介先医療機関】 医療機関名 医師名	

胃がん検診（胃内視鏡）偶発症報告書

※胃がん検診（胃内視鏡検査）において、偶発症が発生した場合はこの様式により、〇〇市（町）に報告する。

医療機関名				
検 診 日	年	月	日	
受診者氏名				
性 別	1. 男	2. 女		
生年月日				
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）	
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				