

平成29年度 胃がん検診
(集団検診)

●受診時の注意事項等を『けんしんガイド』で、必ず確認してください。

平成29年度集団検診
領収書

氏名 様

胃がん検診 (X線検査) 料金

50~69歳	70歳以上
1,300円	400円

切り取らないでください。

平成29年度 胃がん検診票 (集団検診)

赤磐市

住所	赤磐市	整理番号		受診日	
フリガナ		性別	男	生年	大 昭
氏名		性別	女	年月日	才
					受付番号

↑平成30年3月31日付の年齢

① 裏面の自己チェックをした後、太枠内に記入してください。

② 電話番号(- -) 検診当日の飲食 なし あり→受診できません

1. 今までに胃の検診 (X線バリウム検査) を受けたことがありますか	あり ⇒ ①検査後に何か症状がありましたか。 なし あり 具体的に () 強い吐き気、腹痛、じんま疹及び発疹、口唇のはれ 気分不良、顔色が青くなる、息苦しい 等 ※過去に上記の症状があった人は受診できません。 ②これまでの受診歴について いつ : 年 月 どこで : 市町村・病院・ドック 検診結果: 異常なし・要精検 (結果:) なし ⇒ 今までに薬や食物などでアレルギー症状を起こしたことが (初めて) ありますか なし あり (具体的に:)
2. 過去に上記の症状がない人でもバリウム検査により症状がでる場合もあります。了承のうえで今回の検診を受診しますか。	はい いいえ
3. 胃腸の病気にかかったことがありますか	なし あり [胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃がん 胃炎] 胃ポリープ その他 ()
胃の手術	なし あり (病名: 時期: 年)
4. 胃の調子はどうですか <small>自覚症状があればチェックしてください。</small>	よい わるい (いつも 時々) 胃の痛み (食後 空腹時 不定) 胸やけ げっぷ 胃もたれ 吐きけ 食欲がない
5. 体重の変化	なし あり (増加・減少、 kg)
6. 両親・肉親の中に胃がん	なし あり (祖父母・両親・兄弟・子供・おじおば)
7. 便通はどうですか	普通便 軟い 硬い 黒便
8. バリウムを服用後の便通	便秘しない 便秘する ⇒ 下痢 必要な数 (回分)
9. 妊娠の疑い	なし あり

※裏面もあります

①【受診前の自己チェック表】

胃レントゲン検診は、安全に行うため安全基準を設けています。該当する項目のある人は、受診できませんので、下のチェック表の「該当する」か「該当しない」の当てはまる方に○を記入して確認してください。

	該当する	該当しない
妊娠中、妊娠の疑いのある人		
飲食後8時間以上経っていない人		
バリウム製剤の過敏症（じんましん、息苦しさ、手足が冷たくなる等）がでた人		
慢性呼吸器疾患等で酸素吸入をされている人		
過去2か月以内に大腸ポリープを切除された人		
過去1年以内に腹部の手術をされた人		
腸閉塞を1年以内に起こした人または腸閉塞を繰り返す人		
腎臓病（人工透析）などで水分制限を受けている人		
過去1年以内に心筋梗塞や脳梗塞等の病気を発症された人		
便秘症の人（検査当日、すでに3日以上排便のない人）		
日頃の収縮期血圧が180mmHg以上、または拡張期血圧が110mmHg以上の人		
自力で立位を保持することや、撮影台の手すりを掴むことが困難な人		
体重が135kgを超える人		

↑
この欄に○が入った人は
受診できません。

	(A) 部位		(B) 所見の種類		(C) 所見の実現		(D) 判定				指 示	フィルムNo.
	(ア)	(イ)	(ア)	(イ)	(ア)	(イ)						
医師記入欄	1. 噴門部	1. 小弯	1. 小弯短縮	1. ニッジェ様突出	1. レリーフ	1. 確 実	1. G	C	7. D	S	1. 観 察 2. 治 療 3. 精 検 4. 再 検 5. 放 置	
	2. 体 部	2. 後壁	2. 瀑 状	2. 辺 縁 不 整	2. 腹 臥 位		2. G	U	8. その他			
	3. 胃角部	3. 大弯	3. 蝸牛殻纒転	3. フ レ ッ ケ	3. 背 臥 位		3. G	P	()			
	4. 前庭部	4. 前壁	4. 軸 捻	4. 欠 損 様	4. 正 面		4. G	S	9. O P E			
	5. 幽門部		5. 弯 入	5. 粗大レリーフ	5. 第 1 斜位	2. 稍	5. G	I	10. N B			
	6. 球 部		6. 下 垂	6. レリーフ乱れ	6. 第 2 斜位	不 確 実	6. D	U				
	7. その他		7. 球部変形	7. 辺 縁 強 直								
		8. その他	8. その他									