

# 胃がん（レントゲン）検診を医療機関で受診される方へ

★必ず読んでチェックしてください

## 胃レントゲン検診の禁忌要件

### ◆胃レントゲン検診の禁忌要件に該当する方は受診できません

- 1 消化管の閉塞・穿孔またはその疑いがある
- 2 消化管出血（吐血・血便）や強い腹部症状（腹痛など）がある
- 3 過去の検診でアレルギー症状（蕁麻疹、息苦しさ、発疹など）が出たことがある
- 4 呼吸不全がある  
（片側の肺切除術後、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などで常時酸素吸入）
- 5 腎不全にて現在透析中もしくは心不全で水分制限を受けている
- 6 急性心不全や重篤な不整脈などの心疾患がある
- 7 全身状態が悪く、検査に耐えられないと判断される
- 8 妊娠中、または妊娠の可能性がある

- 1 ない
- 2 ない
- 3 ない
- 4 ない
- 5 ない
- 6 ない
- 7 ない
- 8 ない

を記入してください

## 胃レントゲン検診の除外要件

### ◆胃レントゲン検診の除外要件に該当する場合、医師の判断で受診可能となる場合もあるので、要件にあてはまる場合は受診時に医師に申し出てください

- ・腸閉塞や腸捻転、大腸憩室炎として治療を受けたことがある
- ・食道・胃の外科的手術もしくは内視鏡治療を受けて1年以内（目安）である
- ・医療機関で定期的に胃内視鏡検査を受けている、もしくは受ける予定がある
- ・大腸・小腸の外科的手術を受けて1年以内である  
（ただしポリープ切除術などの内視鏡治療の場合は術後3ヶ月以降（目安）であれば可としてもよい）
- ・炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎、クローン病）で治療中である
- ・肝臓・膵臓・胆嚢・婦人科などの手術を受けて6ヶ月以内（目安）である
- ・検査前72時間以内に排便が全くない
- ・過去の検診で検査が中止になるようなバリウム誤嚥を起こしたことがある
- ・寝返りや立つときに日常的に介助が必要である
- ・水頭症で脳室-腹腔シャント（V-Pシャント）が施行されている
- ・ペースメーカーや植込み型除細動器（ICD）を装着している
- ・撮影機器の体重制限を超えている

### ◆検査後、次の場合は必ず医療機関を受診してください◆

- ◎バリウムや緩下剤服用後に過敏症（アレルギー症状）が発現した場合
  - ①強い吐気、腹痛
  - ②じんましん、発赤、唇の腫れ、喉がつまる、息苦しい
  - ③気分不良、発汗、顔面が青白くなる
- ◎検査翌日夕方までにバリウム便が排出されないまま放置した場合  
バリウム便が排出されないまま放置すると、腸が詰まる、腸に穴が開く恐れあります。

●胃レントゲン禁忌要件・除外要件を確認しました ⇒ はい   を記入してください

\*参考：日本消化器がん検診学会「胃がん検診のための胃X線検査マニュアル2025」

# 令和8年度 胃がん（レントゲン）検診 問診票【医療機関用】

浅口市

5月下旬に送付の  
令和8年度各種がん検診受診券  
を必ず一緒にお持ちください  
《各種がん検診受診券 貼付欄》

受診日

対象者：40歳以上

受診料：75歳以上 900円  
75歳未満 2,500円

下記太枠内を記入してください


フリガナ		
氏名	電話番号	※日中連絡の取れる番号を記入してください
<b>■今年度、市が実施する胃がん（内視鏡・レントゲン）検診をはじめ受診しますか</b> 1. はい ※年度内に二重受診した場合には、費用は全額自己負担となります 2. いいえ → 受診できません		
<b>■現在以下の症状はありますか</b> 1. ある <input type="checkbox"/> つかえ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 吐血・下血 <input type="checkbox"/> その他( ) 2. ない		
<b>■食道、胃、十二指腸疾患、および腹部疾患の既往歴はありますか。ある場合はその治療についてもお答えください。</b> 1. ある <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 腸閉塞・腸穿孔 <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 肝がん <input type="checkbox"/> 膵臓がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> その他( ) 以下の治療を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> 外科手術（部位： の 部分切除・全摘） <input type="checkbox"/> 内視鏡治療（ポリープ切除含む） <input type="checkbox"/> 放射線治療 <input type="checkbox"/> その他( ) 2. ない		
<b>■上記以外で、現在治療中の疾患はありますか</b> 1. ある <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 糖尿病（インスリン皮下注射または血糖降下剤治療中： あり・なし） <input type="checkbox"/> ぜんそく・アトピー性皮膚炎などのアレルギー性疾患（食べ物や薬品に対するアレルギーを含む） <input type="checkbox"/> その他( ) 2. ない		
<b>■最近の排便はいつですか</b> 1. 4日以上排便がない 2. 3日以内に排便があった		
<b>■過去に受けたバリウム検査の後にひどい便秘になり医療機関を受診したことがありますか</b> 1. あった( ) 2. なかった 3. 今回が初めての検査		
<b>■ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか</b> 1. ある ⇒ <input type="checkbox"/> 除菌成功（西暦 年 月頃） <input type="checkbox"/> 除菌不成功 <input type="checkbox"/> わからない 2. ない 3. わからない		
<b>■今までに胃がん検診を受けたことがありますか</b> 1. ある（内視鏡・レントゲン） ⇒ （いつ：西暦 年 月頃） 2. ない		

\*検診結果が「要精検」となった場合には、精密検査として胃内視鏡検査を必ず受けてください。

\*がん検診の精度管理のため、精密検査の結果は市へ報告されます。また最初に受診した医療機関と異なる医療機関で精密検査を受けた場合は、最初に受診した医療機関にも精密検査結果が共有されます。

問い合わせ先：健康こども福祉課（浅口市健康福祉センター内）TEL 0865-44-7114

—医師記入欄—

一次読影		年 月 日		※実施医療機関	担当医 ( )	
(A)所見の部位				(C)所見の出現	※(D)判定	フィルムNo.
0 弯隆部	0 胃角変形	0 レリーフ集中	1 レリーフ	1 異常なし		
1 噴門部	1 小弯短縮	1 ニッシェ様突出	2 腹臥位	2 胃がん(疑い含む)		
2 体部	2 瀑状	2 辺縁不整	3 背臥位	3 胃潰瘍		
3 胃角部	3 蝸牛殻回転	3 フレック	4 正面	4 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃過形成ポリープ <input type="checkbox"/> 胃底腺ポリープ		
4 前庭部	4 軸捻	4 欠損様	5 第1斜位	5 胃潰瘍瘢痕		
5 幽門部	5 弯入	5 粗大レリーフ	6 第2斜位	6 胃炎 <input type="checkbox"/> 萎縮性 <input type="checkbox"/> びらん性 <input type="checkbox"/> 皺襞腫大 <input type="checkbox"/> 鳥肌 <input type="checkbox"/> その他		
6 球部	6 下垂	6 アリアの乱れ	7 右側臥位	7 十二指腸潰瘍		
7 その他	7 球部変形	7 辺縁強直	8 その他 ( )	8 十二指腸潰瘍瘢痕		
a 小弯	8 その他 ( )	8 その他 ( )	( )	9 その他 <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 食道疾患 <input type="checkbox"/> 流性食道炎		
b 後壁				( )		
c 大弯						
d 前壁						
						※(E)指示
						1 異常なし
						2 経過観察
						3 要精密検査
						4 要治療
						5 再検
						6 放置可

※欄は必ずご記入ください

二次読影		年 月 日				
<input type="checkbox"/> 一次読影通り (以下記入不要)				※二次読影 実施医療機関	担当医 ( )	
コメント(必要時):						
(A)所見の部位				(C)所見の出現	※(D)判定	フィルムNo.
0 弯隆部	0 胃角変形	0 レリーフ集中	1 レリーフ	1 異常なし		
1 噴門部	1 小弯短縮	1 ニッシェ様突出	2 腹臥位	2 胃がん(疑い含む)		
2 体部	2 瀑状	2 辺縁不整	3 背臥位	3 胃潰瘍		
3 胃角部	3 蝸牛殻回転	3 フレック	4 正面	4 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃過形成ポリープ <input type="checkbox"/> 胃底腺ポリープ		
4 前庭部	4 軸捻	4 欠損様	5 第1斜位	5 胃潰瘍瘢痕		
5 幽門部	5 弯入	5 粗大レリーフ	6 第2斜位	6 胃炎 <input type="checkbox"/> 萎縮性 <input type="checkbox"/> びらん性 <input type="checkbox"/> 皺襞腫大 <input type="checkbox"/> 鳥肌 <input type="checkbox"/> その他		
6 球部	6 下垂	6 アリアの乱れ	7 右側臥位	7 十二指腸潰瘍		
7 その他	7 球部変形	7 辺縁強直	8 その他 ( )	8 十二指腸潰瘍瘢痕		
a 小弯	8 その他 ( )	8 その他 ( )	( )	9 その他 <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> 食道疾患 <input type="checkbox"/> 流性食道炎		
b 後壁				( )		
c 大弯						
d 前壁						
						※(E)指示
						1 異常なし
						2 経過観察
						3 要精密検査
						4 要治療
						5 再検
						6 放置可