

令和8年度 胃がん(レントゲン)検診 問診票【集団用】

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

受付番号

対象者: 40歳以上(注意事項は市ホームページよりご確認ください。)

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		電話番号	—															
氏名			※日中連絡の取れる番号を記入してください															
<p>■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</p> <p>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</p> <p>2. いいえ →受診できません</p>																		
<p>■女性の方に確認します。現在妊娠または妊娠している可能性がありますか</p> <p>1. ない</p> <p>2. ある →受診できません</p>																		
<p>■現在以下の症状はありますか</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>2. ない</p>																		
<p>■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</p> <p>1. ある</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>胃がん</td> <td><input type="checkbox"/>胃潰瘍</td> <td><input type="checkbox"/>十二指腸潰瘍</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>逆流性食道炎</td> <td><input type="checkbox"/>胃ポリープ</td> <td><input type="checkbox"/>胃粘膜下腫瘍</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>腸閉塞・腸穿孔</td> <td><input type="checkbox"/>大腸がん</td> <td><input type="checkbox"/>大腸ポリープ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>胆石</td> <td><input type="checkbox"/>肝がん</td> <td><input type="checkbox"/>膵臓がん</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>子宮がん</td> <td><input type="checkbox"/>その他()</td> <td></td> </tr> </table> <p>以下の治療を受けたことがありますか</p> <p><input type="checkbox"/>外科手術(部位: _____ の部分切除・全摘)</p> <p><input type="checkbox"/>内視鏡治療(ポリープ切除含む) <input type="checkbox"/>放射線治療</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>2. ない</p>				<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()	
<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()																	
<p>■上記以外で、現在治療中の疾患はありますか</p> <p>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</p> <p><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)</p> <p><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含む)</p> <p><input type="checkbox"/>その他()</p> <p>2. ない</p>																		
<p>■心臓や腎臓の病気(心不全や透析中など)で1日の水分摂取が制限されていますか</p> <p>1. ない</p> <p>2. 水分制限がある</p>																		
<p>■最近の排便はいつですか</p> <p>1. 4日以上排便がない</p> <p>2. 3日以内に排便があった</p>																		
<p>■過去に受けたバリウム検査の後に、便秘になり医療機関を受診する、または蕁麻疹が出る等の偶発症がありましたか</p> <p>1. あった()</p> <p>2. なかった</p> <p>3. 今回が初めての検査</p>																		
<p>■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</p> <p>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</p> <p>2. ない</p> <p>3. わからない</p>																		
<p>■今までに胃がん検診を受けたことがありますか</p> <p>1. ある (内視鏡・レントゲン) ⇒ (いつ:西暦 年 月頃)</p> <p>2. ない</p>																		

* 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。また検診機関と異なる医療機関で精密検査を受けた場合は、最初に受診した検診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	(B)所見の種類		(C)所見の出現	※(D)判定		フィルムNo.	
1 噴門部	0 胃角変形	0 レリーフ集中	1 レリーフ	1 異常なし		※(E)指示	
2 体部	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)			
3 胃角部	2 瀑状	2 辺縁不整	3 背臥位	3 胃潰瘍			
4 前庭部	3 蝸牛殻翻転	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			
5 幽門部	4 軸捻	4 欠損様	5 第1斜位	5 胃潰瘍瘢痕			
6 球部	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		1 異常なし	
7 その他	6 下垂	6 アレアの乱れ	7 右側臥位	7 十二指腸潰瘍		2 要精密検査	
a 小弯	7 球部変形	7 辺縁強直	8 その他 ()	8 十二指腸潰瘍瘢痕		3 要治療	
b 後壁	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		4 経過観察	
c 大弯						5 再検	
d 前壁						6 放置可	

※欄は必ずご記入ください

二次読影		年	月	日	実施医療機関		担当医 ()	
<input type="checkbox"/> 一次読影通り(以下記入不要)					※二次読影			
コメント(必要時):								
(A)所見の部位	(B)所見の種類		(C)所見の出現	(D)判定		フィルムNo.		
1 噴門部	0 胃角変形	0 レリーフ集中	1 レリーフ	1 異常なし		※(E)指示		
2 体部	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)				
3 胃角部	2 瀑状	2 辺縁不整	3 背臥位	3 胃潰瘍				
4 前庭部	3 蝸牛殻翻転	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				
5 幽門部	4 軸捻	4 欠損様	5 第1斜位	5 胃潰瘍瘢痕				
6 球部	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		1 異常なし		
7 その他	6 下垂	6 アレアの乱れ	7 右側臥位	7 十二指腸潰瘍		2 要精密検査		
a 小弯	7 球部変形	7 辺縁強直	8 その他 ()	8 十二指腸潰瘍瘢痕		3 要治療		
b 後壁	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		4 経過観察		
c 大弯						5 再検		
d 前壁						6 放置可		

■ 集団けんしんの注意事項

● 胃がん（レントゲン）検診

- ◆ 飲食後（ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶等含む）8時間以上経っていない方は受診できません。
- ◆ 胃がん検診安全基準（下記参照）に該当する方は受診できません。
当日の体調や問診等で受診できない場合があります。
- ◆ 胃・十二指腸の治療中または経過観察中の方は、かかりつけ医療機関で受診してください。
- ◆ 検査当日は禁煙をしてください。ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶等も口にしないでください。
- ◆ 血圧の薬を服用中の方は、検診2時間前までにコップ一杯程度の水または白湯で服用してください。
- ◆ ベルト、ボタン、ファスナー、ホックがない服装で、磁気治療具・腹巻・コルセットは外してください。
- ◆ 呼吸器疾患のある方は誤嚥により症状が悪化する場合があります。
- ◆ 検診車への乗降が一人でできない方、立位、静止が保持できない方は受診できません。

胃がん（レントゲン）検診安全基準

- ①バリウムや緩下剤で下記のような過敏症（アレルギー症状）が出たことがある。
強い吐気、腹痛、じんましん、発赤、唇の腫れ、喉がつまる、息苦しい、冷汗、気分不良、顔色が青白くなる等
- ②妊娠中または妊娠の可能性がある。
- ③次の基準に該当している。
 - ・※腹部手術を受けたことがある。
 - ・便秘症で、すでに3日以上排便がない。
 - ・体重が110kgを超えている。
 - ・血圧が収縮期180mmHg、または拡張期が110mmHgを超えている。
 - ・現在、腹痛などの腹部症状がある。潰瘍性大腸炎、クローン病と言われたことがある。
 - ・過去1年以内に内視鏡でポリープや粘膜を切除した。
 - ・腎臓病（人工透析）などで水分制限を受けている。
 - ・過去1年以内に腸閉塞、心筋梗塞、脳梗塞を起こした。またはそれらを繰り返したことがある。
 - ・食事中よくむせることがある。ものがうまく飲み込めない。
 - ・呼吸器疾患等で酸素吸入をしている。
 - ・体内埋込型除細動器（ICD）、インスリンポンプ、持続グルコース測定器を装着している。
 - ・自力で立つことができない、階段の昇降ができない。撮影台の手すりを掴み身体を支えることができない。

※腹部手術を受けたことがある方へ

腹部手術とは開腹手術・腹腔鏡手術をさします。手術後の癒着によって腸閉塞や腸穿孔などの危険性が、腹部手術をしていない人に比べ高くなると考えられるため、原則受診いただけません。

食道・胃・腸・虫垂（もうちょう）・肝臓・胆のう・すい臓・脾臓・腎臓などの内臓、子宮・卵巣など産婦人科系や前立腺など泌尿器科系の手術も含みます。

但し、以下の1～3の項目をすべて満たす方で、検診当日にご署名をいただいた場合、胃がん検診を受けることができます。

※「20歳未満に受けた手術」と「出産のための帝王切開」のみ、リスクの程度を考慮し項目2は緩和できます。

1. 手術後、1年以上経過している。
2. 手術後に胃がん検診（バリウム検査）を受け、何も症状が出なかった。
3. 「手術後は腸管癒着により腸閉塞や腸穿孔のリスクが高い」ことを理解された上で、検査を強く希望している。

★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、冷汗、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、腸に穴が開く恐れがあります。