

胃がん（内視鏡）検診を受診される方へ

★必ず読んで、下記同意書欄に署名をしてください

胃内視鏡検査のインフォームド・コンセント

①胃内視鏡検査の内容

- ・実施方法：胃がんを発見するために内視鏡を口または鼻から挿入し胃内を観察する検査です
 - ・検査精度：感度・特異度が高い検査で胃がんを早期に発見できます
 - ・検査による利益：胃がんの早期発見、早期治療による胃がん死亡率減少効果が認められています
 - ・検査による不利益：出血や穿孔などの偶発症（生検によるものも含む）、偽陰性、偽陽性、過剰診断、過剰治療などがあります
- ②胃内視鏡検査で病変を認めた場合、必要に応じて検査と同時に生検（精密検査）を実施する場合があります
- ③胃内視鏡検査と同時に生検（精密検査）を実施した場合、生検にかかる費用は保険診療となるため、別途個人負担が発生します
- ④胃内視鏡検査実施当日には、胃がんの疑いがないと判断された場合でも、別の読影医師によるダブルチェックにより、後日再度の胃内視鏡検査（精密検査）が必要と通知される場合がありますため、その場合は必ず受診してください
- ⑤市の検診では偶発症のリスクを避けるため鎮痛薬・鎮静薬を使用せずに検診を実施します

胃内視鏡検診の対象・除外・禁忌条件

①胃内視鏡検診対象者の条件

- ・40歳以上でかつ、過去1年間に胃内視鏡検診未受診の方

②胃内視鏡検診の除外条件

- ・胃内視鏡検査のインフォームド・コンセントや同意書の取得ができない方
- ・妊娠中の方
- ・疾患の種類にかかわらず入院中の方
- ・活動性潰瘍などの胃疾患で治療中または内視鏡による経過観察中の方

③胃内視鏡検診の禁忌条件

- ・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方
- ・呼吸不全のある方
- ・急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある方
- ・明らかな出血傾向またはその疑いのある方
- ・全身状態が悪く、内視鏡検査に耐えられないと判断される方

同意書欄

●上記、インフォームド・コンセントの内容を理解し、胃内視鏡検診の除外・禁忌要件に該当しません。胃内視鏡検査を受けることに同意します。

署名：

*参考：日本消化器がん検診学会「胃内視鏡検診マニュアル2024」

令和8年度 胃がん(内視鏡)検診 問診票

浅口市

受診日

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》

対象者：40歳以上で、偶数年齢の者
(前年度に市の内視鏡検査を受診した方は対象外になります)
受診料：75歳以上 1,900円
75歳未満 5,600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	
■今までに胃がん検診を受けたことがありますか				
1. ある (内視鏡・レントゲン) →(いつ: 年 月頃)				
2. ない				
■現在以下の症状はありますか				
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				
■咽喉頭、食道、胃、十二指腸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				
1. ある <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃がん以外のがん(病名:)				
<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"/> 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				
■上記以外で、現在治療中の疾患はありますか				
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内服: あり・なし)				
<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症				
<input type="checkbox"/> その他()				
2. ない				
■現在血を固まりにくくする薬を服用していますか				
1. 服用している 薬品名: <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> その他()				
2. 服用していない				
■以下のもの過去に具合が悪くなったり、蕁麻疹やかぶれなどのアレルギー症状が出たことがありますか				
1. ある <input type="checkbox"/> キシロカイン(局所麻酔や歯科麻酔など) <input type="checkbox"/> イソジンや造影剤を使用したCT検査など				
<input type="checkbox"/> アルコール(清拭綿など) (ヨード系)				
2. ない				
3. わからない				
■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				
1. ある <input type="checkbox"/> 除菌成功(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				

* 検診結果が「要精検」となった場合には、精密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— 胃内視鏡読影所見

実施方式	<input type="checkbox"/> 経鼻
	<input type="checkbox"/> 経口

一次読影		年	月	日
所見	所見の部位	所見の種類		※ 生検
	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 食道(上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 体部(上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 褪色 <input type="checkbox"/> 集中 図解
※ 判定	1 異常を認めず 2 胃がん(疑い含む) 3 胃潰瘍 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 胃潰瘍瘢痕 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() 7 十二指腸潰瘍 8 十二指腸潰瘍瘢痕 9 胃粘膜下腫瘍 10 食道疾患 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> その他() 11 その他()	※ピロリ菌感染 ※指示 ※実施医療機関	1 未感染 2 既感染(除菌後) 3 現感染(疑い含む) 4 不明 1 異常なし 2 要精密検査 3 経過観察 4 再検 5 要治療 6 放置	① (有・無) ② (有・無) ③ (有・無)
	担当医()			同時生検実施の場合、2にチェック。「胃がん精密検診依頼書」を作成してください。

※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) コメント(必要時):		実施二次医療読影機関	担当医()	
所見	所見の部位		所見の種類	
	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 食道(上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 体部(上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 前壁	<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 褪色 <input type="checkbox"/> 集中 図解
※ 判定	1 異常を認めず 2 胃がん(疑い含む) 3 胃潰瘍 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 胃潰瘍瘢痕 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() 7 十二指腸潰瘍 8 十二指腸潰瘍瘢痕 9 胃粘膜下腫瘍 10 食道疾患 <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> その他() 11 その他()	ピロリ菌感染 指示	1 未感染 2 既感染(除菌後) 3 現感染(疑い含む) 4 不明 1 異常なし 2 要精密検査 3 経過観察 4 再検 5 要治療 6 放置	① (有・無) ② (有・無) ③ (有・無)