

04

## 千葉市胃がん検診票（エックス線検査）

有効期限 令和5年2月28日

受付No

健康支援課提出用

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| 住 所            | 〒 千葉市 区                  |
| (住民票<br>表記のもの) |                          |
| フリガナ<br>氏 名    |                          |
| 生年月日           | M・T<br>S 年 月 日 性別 男・女    |
| 電話番号           | (携帯電話など平日、日中の連絡先)<br>- - |

〈医療機関の方をお願いします。〉  
医療機関は、ここに受診券シールを貼ってください。

← ※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

検診費用

70歳以上無料

医療機関コード

医 療  
機関名

所在地

医師名

印

※個別医療機関は千葉市胃がん検診登録医師名を記入  
(自署しない時は押印が必要)

整 理 番 号

22

221

## 次の項目に○印または記入をしてください。

|             |   |         |  |
|-------------|---|---------|--|
| 検診歴         | 1 胃がん検診を受けたことがありますか。<br>1 ない 2 ある ( 年 月)<br>2 胃がん内視鏡検査を受けたことがありますか。<br>1 ない 2 ある ( 年 月)                             | 飲酒歴     | 1 アルコールを飲みますか。<br>1 飲まない 2 飲む  |
| 除菌歴         | ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか。<br>1 ない 2 ある ( 年 月) 3 不明<br>→ 1 成功 2 不成功 3 不明  | 喫煙歴     | 1 たばこを吸いますか。<br>1 吸う 2 吸わない<br>2 現在たばこを吸っている方へ禁煙について<br>お聞きます。<br>1 1か月以内に禁煙したい<br>2 いずれ禁煙したい  |
| 既往歴         | 1 なし 2 胃炎 3 胃下垂<br>4 胃潰瘍 5 十二指腸潰瘍 6 胃ポリープ<br>7 胆のう炎 8 胆石症<br>9 その他 ( )  | 現在の自覚症状 | 1 現在、自覚症状はありますか。<br>1 特に異常がない 2 胸やけ<br>3 はき気 4 背中が痛い<br>5 空腹時に胃が痛い 6 ゲップが出る<br>7 食欲がない 8 食事に関係なく胃が痛い<br>9 腹がはる 10 やせてきた<br>11 その他症状 ( )<br>2 自覚症状はいつ頃からありましたか。<br>( ) か月位前 |
| 家族歴         | 1 家族に胃がんにかかった人はいますか。<br>1 いない 2 いる (続柄: )   |         |  |
| 通院・手術歴      | 1 現在、胃腸病で通院していますか。<br>1 いいえ 2 はい (病名: )<br>2 胃・十二指腸の手術を受けたことはありますか。<br>1 ない [実施時期: 年 病名: 胃の状態: 胃全摘 その他( )]<br>2 ある→ |         |  |
| と生活食<br>食物態 | 1 食事が不規則ですか。<br>1 いいえ 2 はい<br>2 塩からい物が好きですか。<br>1 いいえ 2 はい  |         |  |

医師記入欄

※要精密検査判定者への紹介医療機関等

|                    |  |
|--------------------|--|
| コ ー ド              | 撮影年月日(西暦)  |
|                    | 2 0 年 月 日  |
| 集団エックス線<br>撮 影 番 号 | 撮影体位 1 2 3 4 5 6 7 8   |
| 第一読影医師名            |  |
| 第二読影医師名            | <input type="checkbox"/> 読影委員会   |
| 医 師 記 入 欄          | 所 見 (最大3つまで)   |
|                    | 01 所見なし 07 腫瘍陰影 13 胃下垂<br>02 変形 08 充えい不足 14 胆石<br>03 粘膜異常 09 食渣残存 15 胃外陰影<br>04 陰影欠損 10 憩室 16 その他<br>05 ポリープ様隆起 11 瀑状胃<br>06 ニッシェ 12 切除胃 |
|                    | 部 位 (最大4つまで)   |
|                    | 01 食道 08 前庭部 14 後壁<br>02 噴門部 09 幽門部 15 その他<br>03 フォルニクス 10 十二指腸球部<br>04 胃体部 11 小弯<br>(上・中・下) 12 大弯<br>07 胃角部 13 前壁                       |
| 判 定                | 1 精密検査不要<br>2 要精密検査  |
|                    | コメント<br><input type="checkbox"/> 次年度検診<br><input type="checkbox"/> 経過観察 か月   |

|                |                   |    |     |
|----------------|-------------------|----|-----|
| 住所             | 〒 千葉市 区           |    |     |
| (住民票<br>表記のもの) |                   |    |     |
| フリガナ<br>氏名     |                   |    |     |
| 生年月日           | M・T<br>S 年 月 日    | 性別 | 男・女 |
| 電話番号           | (携帯電話など平日、日中の連絡先) |    |     |
|                | - -               |    |     |

## 〈医療機関 確認事項〉

←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

検診費用

70歳以上無料

|       |  |
|-------|--|
| 医療機関名 |  |
|-------|--|

所在地

醫師名

※個別医療機関は千葉市胃がん検診登録医師名を記入

整理番号

22

221

**次の項目に○印または記入をしてください。**

[illegible]

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 医師記入欄 | ※要精密検査判定者への紹介医療機関等 |
|-------|--------------------|

|                       |                 |                                |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|-----------------------|-----------------|--------------------------------|--|--------|------|---|-----------------|---|--|-------|--|
| コ ー ド                 |                 | 撮影年月日(西暦)                      |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       |                 | 2 0                            |  | 年      |      | 月 |                 | 日 |  |       |  |
| 集団エックス線<br>撮 影 番 号    |                 |                                |  |        | 撮影体位 |   | 1 2 3 4 5 6 7 8 |   |  |       |  |
| 医<br>師<br>記<br>入<br>欄 | 第一読影医師名         |                                |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | 第二読影医師名         | <input type="checkbox"/> 読影委員会 |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | 所 見<br>(最大3つまで) | 01 所見なし                        | 07 腫瘤陰影  | 13 胃下垂 |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       |                 | 02 変形                          | 08 充えい不足   | 14 胆石  |      |   |                 |   |  |       |  |
| 03 粘膜異常               |                 | 09 食渣残存                        | 15 胃外陰影  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
| 04 陰影欠損               |                 | 10 憩室                          | 16 その他   |        |      |   |                 |   |  |       |  |
| 05 ポリープ様隆起            |                 | 11 瀑状胃                         | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |        |      |   |                 |   |  |       |  |
| 06 ニッシェ               |                 | 12 切除胃                         |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
| 部 位<br>(最大4つまで)       | 01 食道           | 08 前庭部                         | 14 後壁  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | 02 噴門部          | 09 幽門部                         | 15 その他   |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | 03 フォルニクス       | 10 十二指腸球部                      | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | 04 胃体部          | 11 小弯                          |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | (上・中・下)         |                                |  |        |      |   |                 |   |  | 12 大弯 |  |
|                       | 07 胃角部          | 13 前壁                          |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       |                 |                                |  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
| 判 定                   | 1 精密検査不要        | コ<br>メ<br>ン<br>ト               | <input type="checkbox"/> 次年度検診<br><input type="checkbox"/> 経過観察  |        |      |   |                 |   |  |       |  |
|                       | 2 要精密検査         |                                | か月   |        |      |   |                 |   |  |       |  |

04

## 千葉市胃がん検診票（エックス線検査）

有効期限 令和5年2月28日

受付№

本人控

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 住 所     | 〒 千葉市 区           |
| フリガナ氏 名 |                   |
| 生年月日    | M・T 年 月 日 性別 男・女  |
| 電話番号    | (携帯電話など平日、日中の連絡先) |

## 〈医療機関 確認事項〉

← ※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

検診費用

70歳以上無料

医 療  
機関名

所在地

医師名

(自署しない時は押印が必要)

整 理 番 号

22

221

## 次の項目に○印または記入をしてください。

|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 検診歴    | 1 胃がん検診を受けたことがあります。<br>1 ない 2 ある ( 年 月)<br>2 胃がん内視鏡検査を受けたことがあります。<br>1 ない 2 ある ( 年 月)                               | 飲酒歴     | 1 アルコールを飲みますか。<br>1 飲まない 2 飲む  |
| 除菌歴    | ピロリ菌の除菌治療を受けたことがあります。<br>1 ない 2 ある ( 年 月) 3 不明<br>→ 1 成功 2 不成功 3 不明   | 喫煙歴     | 1 たばこを吸いますか。<br>1 吸う 2 吸わない<br>2 現在たばこを吸っている方へ禁煙についてお聞きます。<br>1 1か月以内に禁煙したい<br>2 いずれ禁煙したい  |
| 既往歴    | 1 なし 2 胃炎 3 胃下垂<br>4 胃潰瘍 5 十二指腸潰瘍 6 胃ポリープ<br>7 胆のう炎 8 胆石症<br>9 その他 ( )  | 現在の自覚症状 | 1 現在、自覚症状はありますか。<br>1 特に異常がない 2 胸やけ<br>3 はき気 4 背中が痛い<br>5 空腹時に胃が痛い 6 ゲップが出る<br>7 食欲がない 8 食事に関係なく胃が痛い<br>9 腹がはる 10 やせてきた<br>11 その他症状 ( )<br>2 自覚症状はいつ頃からありましたか。<br>( ) か月位前 |
| 家族歴    | 1 家族に胃がんにかかった人はいますか。<br>1 いない 2 いる (続柄: )   |         |  |
| 通院・手術歴 | 1 現在、胃腸病で通院していますか。<br>1 いいえ 2 はい (病名: )<br>2 胃・十二指腸の手術を受けたことはありますか。<br>1 ない [実施時期: 年 病名: 胃の状態: 胃全摘 その他( )]<br>2 ある→ |         |  |
| と生活食状態 | 1 食事が不規則ですか。<br>1 いいえ 2 はい<br>2 塩からい物が好きですか。<br>1 いいえ 2 はい  |         |  |

医師記入欄

※要精密検査判定者への紹介医療機関等

|                 |  |
|-----------------|--|
| コ ー ド           | 撮影年月日(西暦)  |
| 2 0 年 月 日       |  |
| 集団エックス線撮影番号     | 撮影体位 1 2 3 4 5 6 7 8   |
| 第一読影医師名         |  |
| 第二読影医師名         | <input type="checkbox"/> 読影委員会   |
| 所 見<br>(最大3つまで) | 01 所見なし 07 腫瘍陰影 13 胃下垂<br>02 変形 08 充えい不足 14 胆石<br>03 粘膜異常 09 食渣残存 15 胃外陰影<br>04 陰影欠損 10 憩室 16 その他<br>05 ポリープ様隆起 11 瀑状胃<br>06 ニッシェ 12 切除胃 |
| 部 位<br>(最大4つまで) | 01 食道 08 前庭部 14 後壁<br>02 噴門部 09 幽門部 15 その他<br>03 フォルニクス 10 十二指腸球部<br>04 胃体部 11 小弯<br>(上・中・下) 12 大弯<br>07 胃角部 13 前壁                       |
| 判 定             | 1 精密検査不要<br>2 要精密検査  |
| コメント            | <input type="checkbox"/> 次年度検診<br><input type="checkbox"/> 経過観察 か月   |

## 胃がん検診を受診された方へ

胃がん検診の結果について、以下の説明をお読みになり、今後のがん予防及び早期発見・治療にお役立てください。

### ★がん検診の結果を知りましょう。

検診を受けた医療機関から結果について説明を聞きましょう。  
集団検診ご利用の方は、郵送された結果を確認しましょう。

#### 「判定」は以下のうちどれでしたか？

- ☐ 精密検査不要 .....→①へ  
☐ 要精密検査 .....→②へ  
☐ 「コメント」欄に記載のある方 .....→③へ

#### ①「精密検査不要」の方

今回の検診では異常は認められませんでした。今後も定期的に胃がん検診を受けましょう。

#### ②「要精密検査」の方

胃がんの有無について精密検査を受ける必要があります。  
→「★精密検査の受け方」へ

#### ③「コメント」欄に記載のある方

検診を受けた医療機関に詳細をご確認ください。

### ★精密検査の受け方

- 個別検診の方は、医療機関で発行される「千葉市胃がん精密検査依頼書」と「健康保険証」をお持ちになり、受診してください。
- 集団検診の方は、千葉市から発行される「千葉市胃がん精密検査結果連絡票」と「健康保険証」をお持ちになり、受診してください。
- ※受診先の参考として、別紙「精密検査のご案内」にあります、胃がん精密検査協力医療機関をご覧ください。

胃がん検診では、胃がんを100%発見できるものではありません。  
自覚症状があった時には、すぐに医療機関を受診してください。

### 胃がんとは

胃がんは部位別罹患率、死亡率ともに、男性の2位、女性の4位です。（出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」（全国がん登録））

#### ①自覚症状

早期の場合、自覚症状はほとんどありませんが、人によっては食事がのどを通らない・胃が重い・体重が減る・食物がつかえるといった症状を訴える場合もあります。すでに自覚症状のある場合は、なるべく早く医療機関を受診してください。

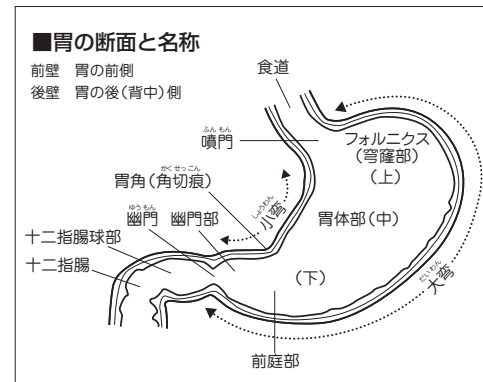
#### ②予防へ向けたアドバイス

胃がんの原因は、いくつかのリスク要因が指摘されています。

- ・たばこは吸わないようにし、他人のたばこの煙を避けるようにしましょう。
- ・お酒はほどほどにし、バランスのとれた食生活をしましょう。
- ・塩辛い食品は控えめにし、野菜や果物は不足にならないようにしましょう。
- ・適度に運動し、適切な体重管理をしましょう。
- ・ウイルスや細菌の感染予防と治療をしましょう。

近年、ピロリ菌が胃がんの発生に大きく関わっていることが判明しています。ピロリ菌に感染している方が除菌治療をすることで、将来の胃がん発症リスクを軽減することができます。

- ・定期的ながん検診を受診しましょう。
- ・身体の異常に気がいたら、すぐ受診をしましょう。
- ・正しいがん情報でがんを知りましょう。



### 健康に関する相談先

各区保健福祉センター健康課では、生活習慣病予防等の健康相談の他、禁煙サポート（たばこをやめたい方の個別相談）を行っています。また、健康課から健康に関する講演会等のご案内をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

健康課の情報は、先にお届けした「がん検診等のご案内」をご覧ください。

検診の結果は集計して公表される場合がありますので、ご了承の上、ご受診願います。ただし、公表にあたっては、集計された数値だけが公表され、名前など個人情報に関することは、一切公表されません。

### 【検診に関する問い合わせ先】

千葉市保健福祉局健康福祉部健康支援課  
TEL 043-238-1794 FAX 043-238-9946