

胃がん検診問診票

※太枠内の該当する項目に○を記入ください

1 本日、飲食しましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい (何時：) 何を：)						
2 本日、自覚症状はありますか？	<input type="checkbox"/> 熱	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 腰痛	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい			
	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	→	<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 低血糖	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 麻痺	<input type="checkbox"/> その他
※体調の程度により検査をお断りする場合がございます								
3 妊娠の可能性がありますか？(女性の方のみお答え下さい)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい						
★妊娠中、妊娠の疑いがある方は、受診できません								
4 最近の胃腸の状態について	<input type="checkbox"/> 胃痛 (<input type="checkbox"/> いつも <input type="checkbox"/> 時々)	<input type="checkbox"/> 他の症状						
	(<input type="checkbox"/> 空腹時 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 関係なく) ()							
5 今まで胃腸の病気や腹部の手術をしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内服)						
病名： <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎								
<input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> 胃切 <input type="checkbox"/> 他 ()								
6 ピロリの検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 不明					
陽性の場合、除菌しましたか？ 除菌後の結果について (<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 不明) (<input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 失敗 <input type="checkbox"/> 不明)								
7 胃がん検査（バリウム）を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	→	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	年前		
精密検査が必要と言われたことがありますか？								
<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい	→	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	年前	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり ()	
バリウム検査で具合が悪くなつたことがありますか？								
<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい							
バリウムでむせたことがありますか？								
<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい							
検査後に便秘になったことがありますか？								
<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい							
8 最終排便はいつですか？	<input type="checkbox"/> 本日	<input type="checkbox"/> それ以外 () 日前						
9 血縁の方で胃がんになった人はいますか？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい (続柄)						
下剤投与数 2 4 6								

団体	検診日	撮影番号(巡回検診用)
姓	性別	
氏名		
生年月日	年度末年齢	現在の学校名
〒		前任学校名
住所		該当する方に□をお願いいたします
電話番号		<input type="checkbox"/> 教職員 <input type="checkbox"/> 団体職
		<input type="checkbox"/> 市費職 <input type="checkbox"/> 町費職

個人情報の利用目的は、検診会場に掲示しておりますので、ご確認下さい。

お申出がないものについては、同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

今回の検診結果で精密検査結果通知書を受け取られた場合は、速やかに精密検査を必ずご受診ください。

胃がん検診 受診上の注意

硫酸バリウム飲用による胃部エックス線撮影です。

次の方々は、受診をご遠慮下さい（医療機関にご相談ください）

- ① 妊娠中およびその疑いのある方
- ② 現在、胃疾患で医師の治療を受けている方や過去に胃の手術を受けて主治医をお持ちの方
- ③ 硫酸バリウム製剤による過敏症（ショックなど）の既往歴がある方
- ④ 飲食物しやすい吐き気を生じる方、むせやすい方、微熱がある方など
- ⑤ 体重135kg以上の方

〔受診時の注意〕

- ① 検診前日の午後10時以降、**検診当日は朝食・たばこ・その他一切の飲食物をとらないでください。**
《服薬中の方については、主治医におたずねください。なお、高血圧・心疾患で薬を服用している方は受付1時間前までにごく少量の水でお飲みください。》
- ② 検診当日の服装は、腹巻・ガードル・ボディースーツ・バンドなど腹部を圧迫する衣服はさけ、ボタンホック・ファスナー・ブラジャーなど金具・プラスチック類のついていないトレパン（腰の部分がゴム）Tシャツなどの軽装でおいでください。また、外用消炎鎮痛剤・湿布剤・エレキバン等つけないでください。
- ③ バリウムはあわてずゆっくりむせないようにお飲みください。
- ④ 検査終了後はなるべく早く多量の水分をとってください。特に便秘のひどい方は下剤を用意しておりますので職員にお申し出ください。

〔受診後の注意〕

- ① 検査当日は水分を十分とり、排便してください。
- ② バリウム便が排出されず、便秘や腹痛などの症状があらわれた場合は、直ちに医療機関へご受診ください。
- ③ 検診後、次のような症状等があらわれた場合は、速やかに医療機関をご受診ください。（腹痛、じんましん気分が悪い、顔色が青白くなる、手足が冷たくなる、喉がつまり、呼吸困難など）

〔検診結果〕

結果は30日以内にお知らせする予定です。

今回の検診で精密検査通知書を受け取られた場合は、速やかに精密検査を必ずご受診ください。

※ 個人情報の利用目的については、検診会場に提示してございますので、ご確認ください。お申し出がないものについては、同意していただけたものとして取り扱わせていただきます。

公益財団法人 熊本県総合保健センター
TEL 096-365-8800(代)