

登録適格性確認票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

施設	由利組合総合病院		
記入者	登録適格性確認日	20	年 月 日

対象条件チェックリスト(✓)

1. 選択基準

1. 秋田県本荘由利地域における対策型胃がん検診受診者、30歳以上、75歳未満の男女	はい	いいえ
2. 通常の胃がん住民検診の申し込み者を対象にし、申込み時に本研究について説明し、同意を得られた者	はい	いいえ

2. 除外基準

1. 胃がんの既往歴がある人(上皮内がんを含む)	はい	いいえ
2. 過去5年以内に胃がん以外の悪性腫瘍の既往のある人(同)	はい	いいえ
3. 胃や十二指腸の切除既往者	はい	いいえ
4. 5年以上の生存が期待できない重篤な全身疾患を有する人	はい	いいえ
5. 同意が困難な人	はい	いいえ
6. その他、医師が不適切と認めた人	はい	いいえ

1. 選択基準全てに「はい」、2. 除外基準全てに「いいえ」で、割付ホームページへ

割付項目

生年月日	(西暦)19	年	月	日	性別	男 女
------	--------	---	---	---	----	--------

割付結果(画面に出た結果を記入して下さい)

登録番号	割付結果
	線検査・精査内視鏡検査群(バリウム検診群) ピロリ菌抗体+ペプシノゲン測定・内視鏡検査群(胃がんリスク検診群)

データセンターへ FAX : 06 6202 5445

データセンター確認欄 : 受信日 年 月 日 受信者

登録拒否例報告票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

試験参加呼び掛け日 西暦 201 年 月 日

F A X 送 信 日 西暦 201 年 月 日

記入者 (自署) _____

	性別	年令	拒否理由、特記事項
1	男 女	歳	
2	男 女	歳	
3	男 女	歳	
4	男 女	歳	
5	男 女	歳	
6	男 女	歳	
7	男 女	歳	
8	男 女	歳	
9	男 女	歳	
10	男 女	歳	

.....
データセンターへ FAX : 06 6202 5445

データセンター確認欄 : 受信日 年 月 日 受信者 _____

定期検査結果報告票【レントゲン造影検査】

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検診型

バリウム検診群

性別

男 女

生年月日

西暦 19 年 月 日

FAX 送信日

西暦 201 年 月 日

検査実施日

西暦 201 年 月 日 ()年目

記入者

(自署)

1、所見

異常なし

バリウム班

ニッシェ(潰瘍)

ポリープ(透亮像)

癒痕(ひだ集中)

隆起性病変

その他()

部位1 :	弓隆部	噴門部	体上部	体中部	体下部	胃角部	前庭部
部位2 :	前壁	後壁	大彎	小彎			

2、精密検査

不要

要

定期検査結果報告票【上部消化管内視鏡検査】

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検査型

バリウム検診群

胃がんリスク検診群

性別

男 女

生年月日

西暦 19 年 月 日

FAX 送信日

西暦 201 年 月 日

検査実施日

西暦 201 年 月 日 ()年目

記入者

(自署)

1、生検

要 生検結果： G1 G2 G3 G4 G5
不要

2、胃がん（上皮内がんを含む） 有の場合は『最終胃がん報告票』を記入して下さい。

無
疑

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

3、萎縮

無
有 程度： C1 C2 C3
01 02 03

4、胃潰瘍

無
有

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

5、胃潰瘍瘢痕

無
有

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

6、十二指腸潰瘍（瘢痕）の有無

無
有

7、胃ポリープ

無
有

過形成、 胃底腺
部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎

8、逆流性食道炎

無
有

予定外検査結果報告票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検診型 バリウム検診群 胃がんリスク検診群

性別 男 女
生年月日 西暦 19 年 月 日

FAX 送信日 西暦 201 年 月 日

記入者 (自署) _____

検査方法

レントゲン造影検査 (受診日: 年 月 日)
レントゲン造影検査 (受診日: 年 月 日)
レントゲン造影検査 (受診日: 年 月 日)
上部消化管内視鏡検査 (受診日: 年 月 日)
上部消化管内視鏡検査 (受診日: 年 月 日)
上部消化管内視鏡検査 (受診日: 年 月 日)

検査施設

由利組合総合病院
その他 ()

受診理由

ドック検診
有症状
その他 (詳細:)

検査結果、所見

部位 1 : 弓隆部 噴門部 体上部 体中部 体下部 胃角部 前庭部
部位 2 : 前壁 後壁 大彎 小彎
大きさ : ()mm

受信確認欄 (データセンターにて記入)

受信日 201 年 月 日

受信者 _____

有害事象報告票

FAX : 06-6202-5445 FAX 後は各施設で厳重に保管してください

登録番号

検診型 バリウム検診群 胃がんリスク検診群

性別 男 女

生年月日 西暦 19 年 月 日

FAX 送信日 西暦 201 年 月 日

検査実施日 西暦 201 年 月 日

有害事象発生日 西暦 201 年 月 日

記入者 (自署) _____

・有害事象内容

- バリウムを飲む際の誤嚥
- バリウムが原因で起きた腸閉塞
- 検診台からの転落事故
- 内視鏡検査前に行う喉の麻酔、鎮静剤によるアレルギー反応
- 内視鏡検査の薬剤が効き過ぎる
- 検査中における咽頭、喉頭、食道、胃などの損傷

・備考 (追記および特記事項があれば以下に記載をお願いします)

受信確認欄 (データセンターにて記入)

受信日 201 年 月 日

受信者 _____