

胃がん検診を受診される方へ

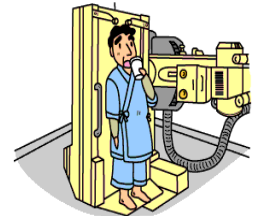
◆検診を受けるにあたり、事前に同意(サイン)をいただきます。
検診による利益・不利益など、下記について必ずお読みください。



次に該当する方は受診を控えていただくか、医療機関での受診をお願いいたします。

受診をお控えいただく方(：禁忌)

- * 消化管の閉塞や狭窄(＝極端に細い状態)あるいは出血の疑いを指摘されたことがある方
(検査をきっかけに消化管に穴が開き、バリウムが漏れ出したり、炎症を起こす可能性があります。)
- * 妊娠中またはその疑いのある方
- * バリウム製剤に対し、アレルギーの既往がある方
- * 前日の夜9時以降に飲食した方(少量の水は結構です。)
- * 検査当日の体調が極めて悪い方
- * 検査当日の血圧が180/110mmHg以上の方
- * **透析中の方(水分制限のある方)**



医療機関での受診が望ましい方(：慎重投与)

- * 消化管に関連した合併症がある方(潰瘍性大腸炎、大腸憩室炎、腸重積症など)
- * 大腸に憩室(＝消化管から外側にでた小さい袋)のある方
(検査をきっかけに憩室に炎症を起こしたり、憩室自体が破れる可能性があります。)
- * 以前バリウムを誤嚥した(＝むせて気管に入った)ことがある方
- * 検査当日体調が優れない方
- * **人工肛門を造設されている方**



胃がん検診には、胃がんを発見できるという「利益」のほかいくつかの「不利益」があります。不利益について十分ご理解のうえ、受診してください。

不利益と思われる事項

- * 凹凸のない胃がんなど、X線ではうつらない病変もあります。
- * バリウムによるアレルギーや誤嚥を起こす場合があります。
- * バリウムが腸管の中で固まり、腸閉塞を起こす場合があります。
(予防するために検診後は十分な水分摂取と下剤の服用が必要です。)
- * 撮影は熟練した診療放射線技師により十分注意して行いますが、上下左右に傾斜をつけますので、気分が悪くなったり、身体を支えられないなど危険を伴うことがあります。
特に血圧が高めの方(140/90mmHg以上)は注意が必要です。

<注意事項>

- ① 検査前日の夜9時以降は何も食べないでください。
- ② **コップ1杯(200cc)程度の水またはお茶のみ、検診の1時間前までであれば飲んでも結構です。**
- ③ **処方されている薬は検診の2時間前くらいを目安にお飲みください。特に血圧の薬はお忘れなく服用して下さい。糖尿病の薬を処方されている方は検査後食事を取られるときに服用して下さい。**
- ④ 検査当日のタバコはご遠慮ください。(胃の動きが活発になり、良い写真が撮れません。)
- ⑤ 検査中ネックレス・湿布・磁気入り絆創膏は身に着けないでください。
- ⑥ ボタン・金属のついていない無地の肌着であれば、着用したまま撮影できますのでご準備ください。
- ⑦ **授乳中の方は、乳児に影響がない下剤をお渡しいたしますので、問診時にお申し出ください。**

バリウム検査を受診されるみなさまへ

次に該当する方は検査前にお申し出ください。

- 以前、バリウム検査を受けられて、アレルギー症状のでた方
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、喉がつまる、息苦しい、息がしにくい など
- 本日お腹が痛い、気分が悪いなど、体調の良くない方
- 普段から便秘の方、特にバリウム検査後に困った経験のある方

注 検査後

バリウムは排泄されずに、長時間腸内に残っていると
だんだん硬くなり、より排泄しにくくなります。



- 受け取った下剤は必ず指示どおりに、できるだけ多くの
水で服用してください。
- 帰宅後も出来るだけ多くの水分を摂ってください。
- もしも持続する排便困難や腹痛などの消化器症状、
アレルギー症状などがみられた場合は、直ちに最寄
の医療機関を受診してください。

受診票のご記入方法

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

『個人情報の取り扱い』について

◆当事業団における個人情報の取り扱い及び利用目的をご理解のうえ、同意するに○印を記入してください。

◆印字されていない方は、団体(事業所)・所属・氏名・性別・年齢・生年月日を、必ず記入してください。また、印字されているもので変更があれば、訂正してください。
◆氏名には、必ずフリガナを記入してください。

『受診前の確認事項』について

◆該当欄の口に☑を記入してください。受診を控えていただく場合があります。
“胃がん検診を受診される方へ”をお読みのうえ、**ご署名をお願いいたします**

『受診歴』について

◆該当欄の口に☑を記入してください。
(※病院での受診も受診歴となります。胃カメラも含む)

『既往歴』について

◆記載している病気の中で、既往の病気があれば、該当欄の口に☑を記入してください。(複数選択可) 既往歴がなければ、“既往歴なし”の欄に☑を記入してください。

『自覚症状』について

◆記載している症状の中で、最近よく感じる症状があれば、該当欄の口に☑を記入してください。(複数選択可) 自覚症状がなければ、“自覚症状なし”の欄に☑を記入してください。

『血縁の方の胃がん』について

◆記載されている血縁の方で該当する口に☑を記入してください。
(複数選択可) 該当なければ“なし”に☑を記入してください。

『ピロリ菌感染』について

◆該当する口に☑を記入してください。

○検査前日の午後9時以降は、飲食はお控えください。

○検査当日の、飲食およびタバコ等は厳禁です。

(200cc程度の水・お茶のみ、検査一時間前まで可)

○ボタン・金具のついた服では検査ができません。

無地のTシャツ・ジャージ等でご受診頂くことをお勧めいたします。

※詳しくは、「胃がん検診を受診される方へ」を一読ください。

胃がん検診受診票

受診日

X線No.

<個人情報の取り扱いについて>

健康診断で取得した個人情報、各種検体検査の分析及び結果等の報告に利用します。
また、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関への追跡調査等にも利用します。
個人情報の取扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご参照ください。
当事業団における個人情報の取扱い及び利用に同意しますか？

☐ 胸部レントゲン済

同意する

■鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。(ボールペン・万年筆は不可)

■漢字氏名・カナ氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。

| | |
|-------------|--------------------------------|
| 団体名 | 地区 所属 |
| 自宅 住所 | |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日 年齢 歳 |
| フリガナ 氏 名 | 受診者シール 貼付部 |
| 性 別 | |
| 1.男 2.女 電話 | |
| 世帯主 | |

| | |
|--------|--|
| 団体コード | |
| 地区・所属 | |
| 個人 No. | |
| X線 No. | |
| 原簿検診 | |

記入しないでください

受診前の確認事項

該当に
チェック

◆以下に該当する方は、今回受診できません。

- ☐ 妊娠の可能性がある
- ☐ 以前バリウム検査後にアレルギー症状が出た
- ☐ 前日、夜9時以降に飲食した(薬服用の少量の水は可)
- ☐ 水分制限(透析中)
- ☐ 検診時の血圧が180/110mmHg以上

◆以下に該当する方で、集団検診で受診を希望する場合は、事前に主治医へご相談ください。

- ☐ 大腸疾患の持病、大腸憩室がある
- ☐ 食道、胃腸の手術歴がある ☐ 人工肛門
- ☐ 水などでよくむせる
- ☐ 以前、バリウムを誤嚥した
- ☐ 現在、体調が悪い

検診時血圧

胃がん検診に関する注意事項 ◆血圧の薬を処方されている方は、検診の2時間前を目安に服用してください

- * 凹凸のない胃がんなど、X線ではうつらない病変もあります。 ☐ 授乳中である
- * バリウムによるアレルギーや誤嚥を起こす場合があります。
- * バリウムが腸管の中で固まり、腸閉塞を起こす場合があります。
(予防するために十分な水分摂取と下剤の服用が必要です)
- * 撮影時、上下左右に傾斜をつけますので、気分が悪くなったり、身体を支えられないなど危険を伴うことがあります。血圧が高めの方(140/90mmHg以上)は特に注意が必要です。
- * 検査スタッフの判断により、必要時には検査中に発泡剤やバリウムを追加で飲んでいただく場合があります。

◆以上を理解したうえで 同意のご署名：
受診を希望します。

捺印サイン
(スタッフ)

問診 太線枠内の該当する項目に ☒ マークを記入してください。

| | | |
|--|--|--|
| 受診歴 <input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年前 <input type="checkbox"/> 4年以上前 ●血縁の方で胃がんにかかった方はいませんか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1 祖父母 <input type="checkbox"/> 2 父母 <input type="checkbox"/> 3 兄弟姉妹 ピロリ菌感染 <input type="checkbox"/> 不明(未検査) <input type="checkbox"/> 感染なし <input type="checkbox"/> 感染あり(除菌済み) <input type="checkbox"/> 感染あり(非除菌) | 既往歴 <input type="checkbox"/> 既往歴なし <input type="checkbox"/> 1 胃がん <input type="checkbox"/> 2 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 3 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 4 胃炎 <input type="checkbox"/> 5 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 6 胆石 <input type="checkbox"/> 7 その他消化器系疾患() <input type="checkbox"/> 8 胃腸・胆石の手術あり(年 月) | 自覚症状 <input type="checkbox"/> 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 1 痛む <input type="checkbox"/> 2 時々痛む <input type="checkbox"/> 3 便秘 <input type="checkbox"/> 4 下痢 <input type="checkbox"/> 5 やせた <input type="checkbox"/> 6 はき気 <input type="checkbox"/> 7 胸やけ <input type="checkbox"/> 8 もたれ <input type="checkbox"/> 9 食欲不振 <input type="checkbox"/> 10 その他() |
|--|--|--|

公益財団法人 長崎県健康事業団

〒859-0401 長崎県諫早市多良見町佐田986-3
TEL 0957-43-7131 (代表) FAX 0957-43-7139

<http://www.npmhc.jp>