

様式2-2

① 胃がん精検実施機関保存用紙

胃 部 精 密 検 診 依 頼 書 ( 内 視 鏡 検 査 用 )

平成 年 月 日

胃部精密検診実施機関 殿

実施機関名:

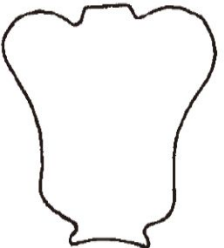
担当医師名:

下記の方の精密検査をよろしくお願い致します。

なお、御高診の上、該当項目を記入し、結果通知書2部(②・③)を市町村に御回報ください。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	(男・女)
氏 名			<input type="checkbox"/> 大正	( 歳)
			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
住 所			電話番号	
検診年月日	年 月 日			
依 頼 理 由	<input type="checkbox"/> 内視鏡異常所見			

精 密 検 診 結 果

内 視 鏡 検 査 ・ 生 検			診断	
	組織診断分類 Group ( 1, 2, 3, 4, 5 )			
検 査 方 法	<input type="checkbox"/> 直接エックス線	<input type="checkbox"/> 内視鏡	指 導 区 分	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療 4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名
	<input type="checkbox"/> 生 検	<input type="checkbox"/> その他 ( )		偶発症 (有の場合のみ記載)
医療機関 名 医師名 TEL			精検実施日	平成 年 月 日

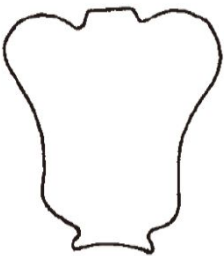
胃部精密検診結果通知書（内視鏡検査用）

平成 年 月 日

要精検者の精密検診の結果を下記の通り通知します。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	(男・女)
氏名			<input type="checkbox"/> 大正	( 歳)
住所			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
検診年月日	年 月 日	電話番号		
依頼理由	<input type="checkbox"/> 内視鏡異常所見			

精密検診結果

内視鏡検査・生検	 <p>診断</p> <p>組織診断分類</p> <p>Group ( 1, 2, 3, 4, 5 )</p>			
	検査方法 <input type="checkbox"/> 直接エックス線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	指導区分 1. 異常なし    2. 経過観察 3. 要治療    4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名	偶発症 (有の場合のみ記載) <input type="checkbox"/> 重篤な偶発症(                      ) 死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名 医師名 TEL

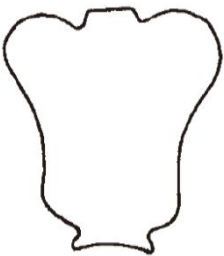
胃部精密検診結果通知書（内視鏡検査用）

平成 年 月 日

要精検者の精密検診の結果を下記の通り通知します。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治	(男・女)
氏名			<input type="checkbox"/> 大正	( 歳)
住所			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
検診年月日	年 月 日		電話番号	
依頼理由	<input type="checkbox"/> 内視鏡異常所見			

精密検診結果

内視鏡検査・生検	 <p>診断</p>		
	<p>組織診断分類</p> <p>Group ( 1, 2, 3, 4, 5 )</p>		
検査方法	<input type="checkbox"/> 直接エックス線 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	指導区分	1. 異常なし    2. 経過観察 3. 要治療    4. 要手術 5. 他院へ紹介 医療機関名・科名
医療機関名 医師名 TEL		偶発症 (有の場合のみ記載)	<input type="checkbox"/> 重篤な偶発症(                      ) 死亡 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		精検実施日	平成 年 月 日

胃がん検診結果一覧表(胃内視鏡検査用)

検診実施機関名( )

検診実施 年 月分

受付 番号	氏 名	年 令	性 別	住 所 ( 字 番 地 )	判 定 結 果 ※結果判定表(様式7)の二次読影・判定 区分により記載		摘 要
					判定区分 ※(1,2,3,4)のいずれ かを記載	疾 病 名	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							

胃がん検診（胃内視鏡検査） 二次読影依頼用紙

一次検診機関名（読影依頼元）：			
一次検診受診期間：平成	年	月	日
	～	月	日
二次読影依頼検診件数：		件	
受渡媒体：	CD-R	枚	DVD 枚
その他（ ）			
保存形式：	DICOM	・	JPEG ・ BMP
受渡担当者：			

備考
----

《注意》

- 検査画像は、受診者ごとにフォルダを作成して保存してください。
- 保存フォルダ名は受診者の氏名としてください
- 発送時に、上記内容を確認してください
- 必ずこの用紙を同封して、発送してください
- レターパックの場合は品名のところに、書留等封書の場合は表書きに、『胃がん検診・二次読影データ（CD-R）』とご記入ください。

【二次読影機関】 〒 770-0042 徳島市蔵本町1丁目10-3

（公財）とくしま未来健康づくり機構

TEL： 088-633-2266（代表）

平日（8:30～17:00）

FAX： 088-633-1811

土・日・祝日・指定休日除く

様式 B

## 胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関 登録変更申請書

平成 年 月 日

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿

検診実施機関開設者

住 所

氏 名

電話番号 ( ) -

胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関としての登録内容を次のとおり変更したいので、申請します。

1 機関の名称

2 機関の所在地

3 変更項目

(機関の名称, 機関の住所地, 電話番号, 胃内視鏡検診担当医師, 施設内での二重読影の不可, 胃内視鏡検診読影医師, 胃内視鏡検診機器, その他)

4 変 更 前

5 変 更 後

様式 C

胃がん検診における胃内視鏡検診実施機関  
登録廃止届出書

平成 年 月 日

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿

検診実施機関開設者

住 所

氏 名

電話番号 ( ) —

胃内視鏡検診における胃内視鏡検診実施機関の登録を廃止したいので届出します。

1 機関の名称

2 機関の所在地

## 胃がん検診における偶発症報告届

徳島県胃内視鏡検診運営委員会 殿  
(市町村経由)

報告医療機関名 \_\_\_\_\_

胃がん検診において、偶発症が発症しましたので、次のとおり報告します。

検 診 日	年 月 日
受診者氏名	
性 別	1. 男      2. 女
生年月日	年 月 日 ( 歳)
基礎疾患	1. あり ( ) 2. なし
内視鏡の機種	1. 経口      2. 経鼻
偶発症の種類	1. 穿孔      2. 鼻出血 (処置が必要であったもの) 3. 粘膜裂創      4. 気腫 (穿孔との重複も含む) 5. 生検部位からの後出血 6. 前処置薬によるアナフィラキシーショック 7. その他の偶発症 ( )
部 位	1. 鼻腔      2. 咽喉頭      3. 食道      4. 胃・十二指腸 5. その他 ( )
重 症 度	1. 軽症 (処置なし)      2. 中等度 (処置あり) 3. 重症 (入院)      4. 死亡
転 帰	1. 入院 (検査施設, 他院) 2. 外来 (他院紹介) 3. 帰宅 (検査施設対応)
入院医療機関	
偶発症発症時の状況	