

高浜市胃検診票

※太枠内をご記入ください。

住 所 高浜市 町 丁目 番地
()
氏 名 _____ 様 (男・女)
生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
電話番号 - -

国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

問 診

1) 今までに胃の検診を受けたことがありますか。
なし
あり
レントゲン検査 前回()年前
その時の結果()
内視鏡(胃カメラ) 前回()年前
その時の結果()

2) 今までに次の病気をしたことがありますか。
なし
あり
胃潰瘍 十二指腸潰瘍
胃ホリープ
胃炎・胃けいれん
その他(病名)

3) 腹部の手術をしたことがありますか。
なし・あり(病名 ・ 歳)

4) あなたと血のつながりがある方で、がんにかかった方がありますか。
なし・あり(病名 ・ 続柄)

5) 現在、次のような症状がありますか。当てはまるものすべてに丸を付けてください。
・胃痛(空腹時・食後・無関係) ・腹痛
・食物がつかえる感じがする(のど・胸・みぞおち)
・胃がもたれる、重苦しい ・げっぷ
・胸やけ ・食欲がない ・すっぱい水が出る
・下痢 ・便秘 ・タール便(黒っぽい便)
・体重減少 ・顔色がよくない ・嘔吐
・その他 ()

6) 食事時間
1. 規則的 2. 不規則

7) 嗜好について
タバコ
1. 吸わない 2. 以前に吸った 3. 吸う
(1日に…イ.20本未満 ロ.20本以上)

酒
1. 飲まない 2. 以前に飲んだ 3. 飲む
(イ.毎日 ロ.時々)

検査結果									
所見	腹臥位粘膜像	背臥位二重造影正面像	背臥位二重造影第1斜位像	腹臥位充盈像	背臥位二重造影第2斜位像	半臥位二重造影第2斜位像	食道二重造影第1斜位像	穹隆部二重造影第1斜位像	立位充盈像
判定	・瀑状胃 ・軸捻(蝸牛殻) ・胃下垂 ・小彎短縮 ・胃角変形 ・彎入 ・狭窄 ・球部変形 ・球部不明 ・ニッシェ ・辺縁不整 ・辺縁硬直 ・陰影欠損 ・レリーフ粗大・乱れ ・レリーフ集中 ・レリーフ断裂 ・ポリポイドリージョン ・透亮像 ・食道裂孔ヘルニア ・憩室(食道・胃・十二指腸) ・石炭化 ・術後胃 ・その他								

Formulário de Exame de Estômago da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

Endereço Takahama-shi
()
Nome (Masc • Fem)
Nascimento Ano Mês Dia (Idade)
Telefone - -

国保利用券	有 • 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

Perguntas

1) Já realizou o exame de estômago antes?
Não
Sim
Exame de Raio-X última vez()anos atrás
Resultado do exame()
Endoscopia última vez()anos atrás
Resultado do exame()
2) Já teve alguma das doenças a seguir?
Não
Sim
Úlcera estomacal Úlcera de duodeno
Pólipo gástrico
Gastrite/Epilepsia abdominal
Outros (Doença)
3) Já fez alguma cirurgia na região abdominal?
Não • Sim(Doença • anos)
4) Algum parente cosanguíneo já sofreu de câncer?
Não • Sim (Doença •
Parentesco)

5) Atualmente, possui algum dos sintomas abaixo? Circule todas as opções aplicáveis.
• Dor de estômago(em jejum • após refeição • independente) • Dor abdominal
• Sensação de comida pesando no estômago (garganta • peito • boca do estômago)
• Má digestão, desconforto • Arrotos
• Azia • Falta de apetite • Refluxo azedo
• Diarréia • Constipação • Fezes escuras
• Perda de peso • Coloração facial ruim • Vômito
• Outros ()
6) Horário de refeição
1.Regular 2.Irregular
7) Sobre preferências
Cigarro
1.Não fumo 2.Fumava 3.Fumo
(Por dia...イ.Menos que 20 □.Mais que 20)
Álcool
1.Não bebo 2.Bebia 3.Bebo
(イ.Todos os dias □.Às vezes)

検査結果

腹臥位粘膜像	背臥位二重造影正面像	背臥位二重造影第1斜位像	腹臥位充盈像	背臥位二重造影第2斜位像	半臥位二重造影第2斜位像	食道二重造影第1斜位像	穹隆部二重造影第1斜位像	立位充盈像
所見 • 瀑状胃 • 軸捻（蝸牛殻） • 胃下垂 • 小彎短縮 • 胃角変形 • 彎入 • 狭窄 • 球部変形 • 球部不明 • ニッシェ • 辺縁不整 • 辺縁硬直 • 陰影欠損 • レリーフ粗大・乱れ • レリーフ集中 • レリーフ断裂 • ポリポイドリージョン • 透亮像 • 食道裂孔ヘルニア • 憩室（食道・胃・十二指腸） • 石炭化 • 術後胃 • その他								

| 判定 • 異常なし • 要観察 • 要精密検査 • 判定不能 疑われる疾患 • 食道伸展不良 • 食道憩室 • 食道静脈瘤 • 食道隆起性病変 • 食道裂孔ヘルニア • 術後胃 • 胃憩室 • 胃静脈瘤 • 胃炎 • 胃巨大皺壁症 • 胃潰瘍 • 胃潰瘍癒痕 • 胃ホリープ • 胃がん(早期) • 胃がん(進行) • 十二指腸憩室 • 十二指腸潰瘍 • 十二指腸潰瘍癒痕 • 十二指腸隆起性病変 • 胆石症 • 腹腔内石炭化 • 胃下垂 • 胃隆起性病変 • その他() | | | | | | | | |

高浜市胃検診結果通知書

住 所 高浜市 町 丁目 番地
()
氏 名 _____ 様 (男・女)
生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
電話番号 - -

国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

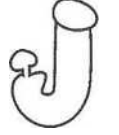
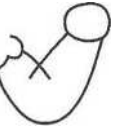
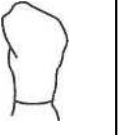
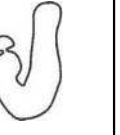
胃検診の結果は、次のとおりでしたのでお知らせします。
異常なし…今回の検診では、異常所見は認められません。がんは早期のうちは自覚症状がないものが多いので、症状がなくても年に1回は検診を受けられるようおすすめします。

要観察…いまのところ特別な検査や治療をする必要はありませんが、健康状態に変化があれば精密検査を受けてください。

要精密検査…異常所見が見られますので、この結果通知書と健康保険証・返信用封筒をお持ちのうえ、医療機関で精密検査を受けてください。

判定不能…食物残存・写真不良等のため、再度検診を受けてください。

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

検査結果									
	腹臥位粘膜像	背臥位二重造影正面像	背臥位二重造影第1斜位像	腹臥位充盈像	背臥位二重造影第2斜位像	半臥位二重造影第2斜位像	食道二重造影第1斜位像	穹隆部二重造影第1斜位像	立位充盈像
所見									
	・瀑状胃 ・軸捻（蝸牛殻） ・胃下垂 ・小彎短縮 ・胃角変形	・彎入 ・狭窄 ・球部変形 ・球部不明 ・ニッシェ	・辺縁不整 ・辺縁硬直 ・陰影欠損 ・レリーフ粗大・乱れ ・レリーフ集中	・レリーフ断裂 ・ポリポイドリージョン ・透亮像 ・食道裂孔ヘルニア ・憩室（食道・胃・十二指腸）	・石炭化 ・術後胃 ・その他				
判定	・異常なし								
	・要観察								
	・要精密検査								
	・判定不能								
			医療機関名 判定医師名				電 算 入 力		

Notificação do Resultado do Exame de Estômago da Cidade de Takahama

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: (Masc • Fem)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

国保利用券	有 • 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

O resultado do exame do estômago segue conforme abaixo.

Sem anomalias...Não foram encontradas anomalias neste exame. Muitos tipos de câncer não apresentam sintomas em seus estágios iniciais, por isso recomendamos que você faça um check-up uma vez por ano, mesmo que não apresente nenhum sintoma.

Observação necessária...Não há necessidade de nenhum teste ou tratamento especial neste momento, mas se houver alguma alteração no seu estado de saúde, faça um exame minucioso.

Exame minucioso necessário...Como foram achadas anormalidades, leve esta “notificação do resultado”, o “cartão do seguro de saúde” e o “envelope de devolução” para uma instituição médica para um exame minucioso.

Indeterminável...Devido a resíduos de alimentos, fotografia defeituosa, etc., solicite um reexame.

Grupo de Promoção da Saúde
Takahama-shi Kasuga-cho 5-165
Tel (0566)95-9558

Resultado do exame									
	Imagem da mucosa em posição prona	Imagem frontal de duplo contraste em posição supina	Imagem oblíqua do primeiro ângulo de duplo contraste em posição supina	Imagem de distensão em posição prona	Imagem oblíqua do segundo ângulo de duplo contraste em posição supina	Imagem oblíqua do segundo ângulo de duplo contraste em posição semi-supina	Imagem oblíqua do primeiro ângulo de duplo contraste do esfago	Imagem oblíqua do primeiro ângulo de duplo contraste da região do teto da cavidade nasal	Imagem de distensão em posição ereta
Descobertas									
	• Estômago em cascata • Entrada curvada • Irregularidade na borda • Ruptura de relevo • Carbonização • Torção do eixo (concha de caracol) • Estreitamento • Rigidez da borda • Região polipoide • Estômago pós-operatório • Estômago caído • Deformidade da região esférica • Perda de densidade • Imagem translúcida • Encurtamento da curvatura menor • Região esférica indeterminada • Relevo grosseiro e irregular • Hérnia do hiato esofágico • Deformidade do ângulo gástrico • Nicho • Concentração de relevo • Divertículo (esôfago, estômago, duodeno) • Outros ()								
Avaliação	• Sem anomalias								
	• Observação necessária								
	• Exame minucioso necessário								
	• Indeterminado								
Instituição médica Doutor avaliador								電 算 入 力	

診療依頼書(兼精密検査結果報告書)

医療機関様

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

本状持参の方は、胃検診の結果、精密検査が必要と思われますのでよろしくお願い申し上げます。
つきましては、検診結果についてご教示いただきたくお手数ですが、下記の精密検査結果報告書にご記入のうえ、ご送付くださるようお願いいたします。
なお、ご送付の際には受診者持参の返信用封筒をご利用ください。

[illegible]

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名