

Formulário de Exame de Estômago da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

(Para apresentação à prefeitura)

Marque ☒ em uma das opções abaixo

Notificação de decisão de isenção	0 円	
Seguro Nacional de Saúde (pessoas com 40 anos ou mais)	1, 600 円	
Sistema de Assistência Médica para Idosos	1, 600 円	
Exceto os mencionados acima	3, 200 円	

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: (M・F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

Perguntas

① Há alguém na sua família (parentes consanguíneos) que já teve câncer?

1. Não 2. Sim

(Nome da doença Parentesco)

② Já realizou o exame de estômago antes?

1. Não 2. Sim

(1) Exame de Raio-X (vezes)

Última vez foi no ano de ()

(2) Endoscopia (vezes)

Última vez foi no ano de ()

③ Você já teve alguma reação alérgica ao bário anteriormente?

1. Não 2. Sim

④ Você já teve alguma das seguintes doenças?

1. Não 2. Sim

(1) Úlcera estomacal (2) Úlcera de duodeno

(3) Pólipo gástrico (4) Gastrite crônica

(5) Câncer de estômago (6) Outros

(Doença)

⑤ Já fez alguma cirurgia na região abdominal?

1. Não 2. Sim

(Nome da doença anos atrás)

⑥ Você já realizou tratamento para erradicação da bactéria Helicobacter pylori?

1. Não 2. Sim (No ano de)

3. Não sei

⑦ Você apresentou recentemente algum dos seguintes sintomas?

(1) Dor abdominal

(2) Sensação de estômago pesado ou desconforto/empachamento no estômago

(3) Sensação de que o alimento fica preso (na garganta, no peito ou na boca do estômago)

(4) Outros ()

⑧ Horário de refeição

1. Regular 2. Irregular

⑨ Sobre hábitos e preferências pessoais

Cigarro 1. Não fumo

2. Parei (anos atrás)

3. Fumo (Por dia: cigarros)

(Anos de tabagismo: anos)

Álcool 1. Não bebo

2. Parei (anos atrás)

3. Bebo Mais de 5 dias na semana

De 1 a 4 dias na semana

De 1 a 3 dias no mês

* Pergunta destinada às mulheres: A Grávida B Não está grávida C Menopausa

所見

撮影医師名			読影医師名		
	00 異常なし				
	01 ニッシェ	02 ひだ集中	03 陰影欠損	04 腫瘤陰影	05 透亮像
	06 弯入	07 変形	08 辺縁の不整	09 陰影斑	10 ひだ集中様
	11 ひだ粗大	12 ひだの中断	13 ひだの乱れ	14 粘膜不整	
	15 その他（ 				

※入院加療の必要な偶発症がある場合

Notificação do Resultado do Exame de Estômago da Cidade de Takahama

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: _____ (M • F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

(Via do paciente)

Marque ☒ em uma das opções abaixo

Notificação de decisão de isenção	0 円	
Seguro Nacional de Saúde (pessoas com 40 anos ou mais)	1, 600 円	
Sistema de Assistência Médica para Idosos	1, 600 円	
Exceto os mencionados acima	3, 200 円	

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 a cada dois anos, 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 My Number (Myna Hoken)” ou o certificado de confirmação de elegibilidade, e o “envelope de devolução” para uma instituição médica para um exame minucioso.

Indeterminável...Por motivos indicados abaixo, não foi possível determinar o resultado do exame. Recomendamos realizar um novo exame na próxima oportunidade.

(Motivo: presença de restos de alimento • enchimento insuficiente • posição inadequada • insuficiência de ar • outros)

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

Resultado					
Nome do médico responsável pelo exame de imagem				Nome do radiologista	
	00 Sem anormalidade	02 Pregas concentradas	03 Perda de sombra/defeito de imagem	04 Sombra de massa/tumor	05 Imagem translúcida
	01 Nicho	07 Deformação	08 Bordas irregulares	09 Manchas na sombra/densidade irregular	10 Semelhante a pregas concentradas
	06 Curvatura/incurvamento	12 Interrupção das pregas	13 Desorganização das pregas	14 Irregularidade da mucosa	
	11 Pregas grosseiras	15 Outros ()			
Complicação acidental (※)					
Avaliação geral	1 . Sem anormalidade 2 . Observação necessária 3 . Exame minucioso necessário 4 . Indeterminável				
Nome da instituição médica					
Data da consulta					

※Caso ocorra alguma complicação inesperada que exija internação.

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。

精密検査の結果	1. 異常なし 2. 胃がん（粘膜内がん） 3. 胃がん（粘膜下層がん） 4. 胃がん（進行がん） 5. 転移性胃がん 6. 胃潰瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 胃ポリープ 9. 粘膜下腫瘍 10. 胃潰瘍癒痕 11. 十二指腸潰瘍癒痕 12. 胃炎 13. その他（ ）																																
診断の方法 及び検査年月日	<table border="0"> <tr> <td>・直接 X 線撮影</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> <td>・潜血反応</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td>・内視鏡検査</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> <td>・胃液検査</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td>・生検</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> <td>・その他</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> </tr> <tr> <td>・細胞診</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td> <td colspan="4">〔 〕</td> </tr> </table>	・直接 X 線撮影	年	月	日	・潜血反応	年	月	日	・内視鏡検査	年	月	日	・胃液検査	年	月	日	・生検	年	月	日	・その他	年	月	日	・細胞診	年	月	日	〔 〕			
・直接 X 線撮影	年	月	日	・潜血反応	年	月	日																										
・内視鏡検査	年	月	日	・胃液検査	年	月	日																										
・生検	年	月	日	・その他	年	月	日																										
・細胞診	年	月	日	〔 〕																													
診断後の処置	<table border="0"> <tr> <td>・治療が必要</td><td rowspan="2">〔</td><td>・外科的</td><td>・内科的</td> </tr> <tr> <td></td><td>・その他</td><td></td> </tr> </table> ・経過観察が必要 ・治療不要 ・他院へ紹介（病院名： ） ・その他（ ）	・治療が必要	〔	・外科的	・内科的		・その他																										
・治療が必要	〔	・外科的		・内科的																													
		・その他																															
電算入力																																	

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名