

(様式 1-2)

胃がん検診 結果票

※黒枠内を事前に記入し、医療機関へお持ちください

ふりがな		生 年 月 日	昭和 年 月 日生まれ
名前			
次の1～4の問にお答えください。			
1. 胃がん検診以外で、胃腸について検査や治療を受けたことがありますか。	いいえ はい(病名:)		
2. 本日を除き、胃がん検診を受けたことがありますか。	いいえ はい →	前回の検診時期 (年 月頃) 前回の検診結果 異常なし 異常あり → (受診した ・ 受診しなかった)	
3. 自分または血縁者ががんの方がいる方は続柄と部位をお答えください。	続柄() → 部位()・続柄() → 部位() 続柄() → 部位()・続柄() → 部位()		
4. ここ数ヶ月～現在で胃腸に不快な症状がある方は症状を教えてください。	症状:		

(医療機関記入欄)

検診実施日	年 月 日
検査方法	該当する検査方法に○をつけてください ・ 胃バリウム検査 ・ 胃内視鏡検査(鎮静剤又は鎮痛剤を使用した 意識下鎮静法による検査を除く)

< 結 果 >

1. 精密検査不要

2. 要精密検査

3. その他の所見 (所見名:)

医療機関名	医師名
-------	-----

熱海市役所 健康づくり課