

熱海市胃がん検診の実施について（お願い）

時下、貴院におかれましては益々御清祥のこととお慶び申し上げます。

当市では、市外の医療機関または健診センターにて胃がん検診（胃バリウム検査または胃カメラ検査）を受けた場合、その費用の一部助成（償還払い）を実施しております。

つきましては、対象者への検診の実施および結果を記載し返却をお願いいたします。

1 費用助成の範囲

（1）胃バリウム検査を受けた日が令和 8 年 10 月 1 日～11 月 30 日である、または胃カメラ検査を受けた日が令和 8 年 6 月 1 日～翌年の 2 月末日の間であること（胃バリウム検査と胃カメラ検査は選択制となっています）

（2）医療保険を使用していないこと

2 検査項目・方法（参考）

（1）胃バリウム検査の場合

①問診

現病歴、既往歴、家族歴、自覚症状、過去の検診受診の有無、妊娠の可能性の有無等

②胃部エックス線検査（間接撮影もしくは直接撮影）

撮影は、最低 8 方向とする。

体位・方法は日本消化器がん検診学会の方式によるものとする。

（2）胃カメラ検査の場合

①問診

現病歴、既往歴、家族歴、自覚症状、過去の検診受診の有無、妊娠の可能性の有無等

②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）

日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2024 改訂版第 2 版」を参考にしてください。

3 結果の記入と返却

結果について、別紙の様式 1-2 へ記入し対象者へお渡しください。結果が精密検査等、所見があった場合、受診が必要な場合には受診勧奨をお願いします。

御不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。よろしくお願いいたします。

【問い合わせ先】

熱海市役所（保健センター）健康づくり課 健康づくり室

開庁時間：月～金曜日 8 時 30 分～17 時 15 分

電 話：0557-86-6294

(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はありますか。	症状:		
5. 女性の方へ 現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	ない ある		

(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