

芦屋市(令和6年度作成)

胃がん検診（内視鏡検査） 同意書・問診票

帳票が変更になっておりますので、令和5年度帳票は破棄をお願いします。

【ご留意事項】

- ◆ 同意書〔赤色〕（1枚目～3枚目）と、問診票〔青色〕（4枚目～5枚目）が一冊になっています。

同意書と問診票は別々に取り外し、記入するようにお願いします。

- ◆ 胃がん検診(内視鏡検査)の実施対象者・受診除外者についてご確認をお願いします。

対象者：検診受診日時時点で満50歳以上である芦屋市民。

ただし胃がん検診(内視鏡検査)を昨年以降に受診した者、または、胃がん検診(胃部X線検査)を今年度受診した者は受診できない。

(内視鏡検査は2年度に1回の受診とする。)

参考)

| 昨年度 | 今年度の受診の可否 | |
|-------|-----------|---|
| X線検査 | X線検査 | ○ |
| | 内視鏡検査 | ○ |
| 内視鏡検査 | X線検査 | × |
| | 内視鏡検査 | × |

受診除外者：

- ・検査に関する説明の理解や同意が得られない方
- ・妊娠中の方
- ・入院中の方
- ・胃の病気で受診中の方
- ・胃全摘術後の方
- ・のどや鼻の病気により内視鏡が挿入できない方
- ・呼吸状態が悪い方
- ・重い心疾患がある方
- ・血圧が非常に高い方
(検査直前に血圧を測り、受診の可否を判断)
- ・全身状態が悪い方
- ・その他、診療が優先される方

芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）問診票

令和6年度（案）

①芦屋市控

※同意書と説明書の内容を確認のうえ、以下の問診を記入してください。

| | | |
|--|--|----------------------|
| 受診年月日 令和 年 月 日 | ふりがな 氏名 | 生年月日 昭和 年 月 日（ 歳） |
| 住所 芦屋市 町 番 号 | 電話番号 () | 携帯電話番号 () |
| 1 今までに胃がん検診を受けたことがありますか。 ※昨年度芦屋市の内視鏡検査を受診した方、今年度胃部 X 線検査(バリウム)を受診した方は、受診できませんのでご注意ください。 | <input type="checkbox"/> はい（直近の検診 年 月頃） 実施方法（ <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部 X 線撮影） 結果（ <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査） それは芦屋市の胃がん検診ですか？（ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 2 胃がんにかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> はい（約 年前） 治療方法（ <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的切除 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 3 血縁関係（二親等以内）にある方で胃がんにかかった方はいますか | <input type="checkbox"/> はい（父・母・祖父母・兄弟姉妹・子） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 4 現在、胃の病気で治療していますか | <input type="checkbox"/> はい（病名： ） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 5 ピロリ菌を除菌したことがありますか | <input type="checkbox"/> はい（約 年前） 検査結果（ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明） 陽性の場合（ <input type="checkbox"/> 除菌した <input type="checkbox"/> 除菌していない） 除菌した場合は、再検査結果 （ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 6 今までにかかったことがある病気があれば、当てはまるものに☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患（副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・鼻腔手術歴 など） <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 | |
| 7 現在かかっている病気・状態があれば、当てはまるものに☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病（不整脈・狭心症など） <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> その他（病名： ） | |
| 8 現在、当てはまる症状があれば☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食事をするとのどにしみる感じや詰まる感じがある <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胃もたれ・胸やけ <input type="checkbox"/> 胃が痛い | |
| 9 抗血栓薬（血を固まりにくくする薬）を服用していますか | <input type="checkbox"/> はい（薬の名前： ） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 10 歯の治療などで麻酔を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい ⇒麻酔を使用した時に、何か問題はありましたか （ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ） <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 11 入れ歯を使用していますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）にかかる同意書

【胃がん検診（内視鏡検査）の実施方法について】

この検診は、内視鏡検査により症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、治療につなぐことにより、胃がんで亡くなる方を減らす目的で実施します。口や鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。

※ 異常がある場合には、検査以外の医療行為を行うことがあります。その際は、別途医療費がかかります。

※ 偶発症に関する死亡例の多くが「鎮痛薬・鎮静薬」に起因していたことから、局所麻酔以外の痛み止め（鎮痛薬）や、眠たくなる注射（鎮静薬）は希望されても使用できません。

【偶発症について】

検査を実施することによる、偶発症（医療行為に伴って予期せず起こる合併症）が発生する割合は、検診の場合 10 万件中 76 件と、非常に少ないことが全国調査により報告されています。現在、検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

偶発症の種類

- ・ 胃内視鏡により粘膜に傷がつく、出血、穿孔（穴があくこと）
- ・ 生検による出血、穿孔
- ・ 薬剤によるアレルギー（呼吸困難、血圧低下など）
- ・ 検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）
- ・ 鼻から内視鏡を挿入する場合の、鼻の痛み など

医療機関は、検査時には、偶発症の防止のために十分な注意を払い、万が一偶発症が発生した場合には、最善の対応を行います。

年 月 日 説明医師名

私は、芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）の目的を理解するとともに、上記事項に同意のうえ胃がん検診（内視鏡検査）を受診します。

年 月 日 受診者署名

【検診における個人情報の取扱いについて】

収集した個人情報は、個人情報保護法、医療関係法令、各種ガイドライン等の規約等を遵守し、適正に取り扱います。法令等の定めにより提供を求められた場合は、個人情報を提供する場合があります。

また、受診者の個人情報については、法定保管期間の定めがあるものは削除できません。

【個人情報の利用目的】

健康増進法に基づき実施する検診を通じて、疾病の早期発見・早期治療のみならず、検査精度の管理等を適切に行うため、次のとおり個人情報を利用します。

- (1) 検診の予約・事前準備・受付・問診・検査・画像の読影・判定・結果データ作成・結果報告・要精密検査になった場合の依頼書発行・検診後の指導など
- (2) 検診の結果、精密検査や再検査が必要になった方への受診勧奨など
- (3) 検診に関する請求や会計処理など
- (4) 検診精度の適切な管理を行うための調査・分析、精密検査結果やがん追跡調査等の把握管理など
- (5) 国・県等への報告のための事業集計や各種統計処理（受診者個人を特定できない形（数的集計のみ）で使用します）
- (6) 精度向上を目的とした職員教育や公衆衛生の向上を目的とした学会等への発表など（受診者個人を特定できない形で使用します）
- (7) 問合せへの対応
- (8) 次回の受診勧奨のための案内

問合せ先

芦屋市こども家庭・保健センター
健(検)診担当

TEL：0797-31-1666

FAX：0797-31-1018

芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）にかかる同意書

【胃がん検診（内視鏡検査）の実施方法について】

この検診は、内視鏡検査により症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、治療につなぐことにより、胃がんで亡くなる方を減らす目的で実施します。口や鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。

※ 異常がある場合には、検査以外の医療行為を行うことがあります。その際は、別途医療費がかかります。

※ 偶発症に関する死亡例の多くが「鎮痛薬・鎮静薬」に起因していたことから、局所麻酔以外の痛み止め（鎮痛薬）や、眠たくなる注射（鎮静薬）は希望されても使用できません。

【偶発症について】

検査を実施することによる、偶発症（医療行為に伴って予期せず起こる合併症）が発生する割合は、検診の場合 10 万件中 76 件と、非常に少ないことが全国調査により報告されています。現在、検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

偶発症の種類

- ・胃内視鏡により粘膜に傷がつく、出血、穿孔（穴があくこと）
- ・生検による出血、穿孔
- ・薬剤によるアレルギー（呼吸困難、血圧低下など）
- ・検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）
- ・鼻から内視鏡を挿入する場合の、鼻の痛み など

医療機関は、検査時には、偶発症の防止のために十分な注意を払い、万が一偶発症が発生した場合には、最善の対応を行います。

年 月 日 説明医師名

私は、芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）の目的を理解するとともに、上記事項に同意のうえ胃がん検診（内視鏡検査）を受診します。

年 月 日 受診者署名

芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）にかかる同意書

【胃がん検診（内視鏡検査）の実施方法について】

この検診は、内視鏡検査により症状がない時期にできるだけ早く胃がんを見つけ、治療につなぐことにより、胃がんで亡くなる方を減らす目的で実施します。口や鼻から内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。

※ 異常がある場合には、検査以外の医療行為を行うことがあります。その際は、別途医療費がかかります。

※ 偶発症に関する死亡例の多くが「鎮痛薬・鎮静薬」に起因していたことから、局所麻酔以外の痛み止め（鎮痛薬）や、眠たくなる注射（鎮静薬）は希望されても使用できません。

【偶発症について】

検査を実施することによる、偶発症（医療行為に伴って予期せず起こる合併症）が発生する割合は、検診の場合 10 万件中 76 件と、非常に少ないことが全国調査により報告されています。現在、検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。

偶発症の種類

- ・胃内視鏡により粘膜に傷がつく、出血、穿孔（穴があくこと）
- ・生検による出血、穿孔
- ・薬剤によるアレルギー（呼吸困難、血圧低下など）
- ・検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）
- ・鼻から内視鏡を挿入する場合の、鼻の痛み など

医療機関は、検査時には、偶発症の防止のために十分な注意を払い、万が一偶発症が発生した場合には、最善の対応を行います。

年 月 日 説明医師名

私は、芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）の目的を理解するとともに、上記事項に同意のうえ胃がん検診（内視鏡検査）を受診します。

年 月 日 受診者署名

芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）問診票

①芦屋市控

※同意書と説明書の内容を確認のうえ、以下の問診を記入してください。

| | | |
|---|--|---------------|
| 受診年月日 | ふりがな | 生年月日 |
| 令和 年 月 日 | 氏名 (男・女) | 昭和 年 月 日 (歳) |
| 住所 芦屋市 町 番 号 | 電話番号 () | 携帯電話番号 () |
| 1 今までに胃がん検診を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい (直近の検診 年 月頃) ↳実施方法 (<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部X線撮影) ↳結果 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 2 胃がんにかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> はい (約 年前) ↳治療方法 (<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的切除 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 3 血縁関係(二親等以内)にある方で胃がんにかかった方はいますか | <input type="checkbox"/> はい (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 4 現在、胃の病気で治療していますか | <input type="checkbox"/> はい (病名:) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 5 ピロリ菌を除菌したことがありますか | <input type="checkbox"/> はい (約 年前) ↳検査結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明) ↳陽性の場合 (<input type="checkbox"/> 除菌した <input type="checkbox"/> 除菌していない) ↳除菌した場合は、再検査結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 6 今までにかかったことがある病気があれば、当てはまるものに☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 (副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・鼻腔手術歴 など) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 | |
| 7 現在かかっている病気・状態があれば、当てはまるものに☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 (不整脈・狭心症など) <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> その他 (病名:) | |
| 8 現在、当てはまる症状があれば☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食事をするとのどにしみる感じや詰まる感じがある <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胃もたれ・胸やけ <input type="checkbox"/> 胃が痛い | |
| 9 抗血栓薬(血を固まりにくくする薬)を服用していますか | <input type="checkbox"/> はい (薬の名前:) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 10 歯の治療などで麻酔を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい ↳麻酔を使用した時に、何か問題はありましたか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 11 入れ歯を使用していますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |

芦屋市胃がん検診（内視鏡検査）問診票

②実施医療機関控

※同意書と説明書の内容を確認のうえ、以下の問診を記入してください。

| | | |
|---|--|---------------|
| 受診年月日 | ふりがな | 生年月日 |
| 令和 年 月 日 | 氏名 (男・女) | 昭和 年 月 日 (歳) |
| 住所 芦屋市 町 番 号 | 電話番号 () | 携帯電話番号 () |
| 1 今までに胃がん検診を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい (直近の検診 年 月頃) ↳実施方法 (<input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 胃部X線撮影) ↳結果 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要精密検査) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 2 胃がんにかかったことはありますか | <input type="checkbox"/> はい (約 年前) ↳治療方法 (<input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 内視鏡的切除 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 3 血縁関係(二親等以内)にある方で胃がんにかかった方はいますか | <input type="checkbox"/> はい (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 4 現在、胃の病気で治療していますか | <input type="checkbox"/> はい (病名:) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 5 ピロリ菌を除菌したことがありますか | <input type="checkbox"/> はい (約 年前) ↳検査結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明) ↳陽性の場合 (<input type="checkbox"/> 除菌した <input type="checkbox"/> 除菌していない) ↳除菌した場合は、再検査結果 (<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 6 今までにかかったことがある病気があれば、当てはまるものに☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 耳鼻科疾患 (副鼻腔炎・鼻茸・アレルギー性鼻炎・鼻腔手術歴 など) <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 | |
| 7 現在かかっている病気・状態があれば、当てはまるものに☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 (不整脈・狭心症など) <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> その他 (病名:) | |
| 8 現在、当てはまる症状があれば☑をつけてください | <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 食事をするとのどにしみる感じや詰まる感じがある <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胃もたれ・胸やけ <input type="checkbox"/> 胃が痛い | |
| 9 抗血栓薬(血を固まりにくくする薬)を服用していますか | <input type="checkbox"/> はい (薬の名前:) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 10 歯の治療などで麻酔を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> はい ↳麻酔を使用した時に、何か問題はありましたか (<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) <input type="checkbox"/> いいえ | |
| 11 入れ歯を使用していますか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | |