

川崎市胃がん検診委託事業実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、健康増進法（平成14年法律第103号）第19条の2及び健康増進法施行規則（平成15年4月30日厚生労働省令第86号）第4条の2に基づく健康増進事業として、胃がんの早期発見を図るため、胃がん検診（以下「検診」という。）を行うことにより、市民の健康保持及び向上に資することを目的とする。

（受診対象者）

第2条 検診を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、本市に住所を有し、かつ、胃部エックス線検査については年齢40歳（年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の者、上部消化管内視鏡検査については年齢50歳（年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の者とする。ただし、保険者等が行う医療保険各法その他の法令に基づいた当該検診を受けることができる者については、対象者から除くものとする。

（受診回数）

第3条 同一の対象者が検診を受けることができる回数は、胃部エックス線検査については各年度に1回、上部消化管内視鏡検査については2年度に1回とし、上部消化管内視鏡検査を受診した翌年度は検診を受けることができない。

（実施主体等）

第4条 検診の実施主体は川崎市とし、これを川崎市医師会に委託し、第5条第3項に規定する登録医療機関において実施するものとする。

（医療機関の登録）

第5条 市内の医療機関が検診を実施する医療機関として登録を受けようとするときは、川崎市がん検診等登録医療機関申請書（第1号様式）により、川崎市医師会長を経由して市長に申請しなければならない。この場合において、医療機関の開設者は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書（第1号様式の2）を川崎市医師会長に提出するものとする。

2 川崎市医師会長は、上部消化管内視鏡検査を実施する医療機関として登録を受けようとする医療機関については、「日本消化器内視鏡学会指導医もしくは専門医が対応できる医療機関」または「食道・胃内視鏡検査の臨床例が1年間で100例以上ある医療機関」のみ市長に推薦するものとする。

3 市長は、前2項の規定により、川崎市医師会長から推薦があった場合には、当該医療機関を胃がん検診実施医療機関として登録（以下「登録医療機関」という。）するものとする。

4 市長は、登録医療機関に対し、川崎市がん検診等実施医療機関登録書（第2号様式）及び「川崎市がん検診登録医療機関表示用プレート」（以下「プレート」という。）を交付する。

5 登録医療機関は、検診を実施するにあたりプレートを医療機関内の受診者の目につきやすい場所に掲示しなければならない。

（登録の変更・辞退等）

第6条 登録医療機関の開設者は、登録した事項を変更するとき又は辞退するときは、川崎市医師会長を経由して、川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

（検診手続き）

第7条 検診を受けようとする者は、検診を実施する登録医療機関（以下「実施登録医療機関」という。）において川崎市胃がん検診（エックス線検査）申込書・記録票（第4号様式）又は川崎市胃がん検診（内視鏡検査）

申込書・記録票（第４－２号様式）を記入し、提出しなければならない。

（費用の額）

第８条 検診の費用の額は、市長が別に定めるものとする。

２ 検診の結果、精密検査に要した費用は、診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）によるものとする。

（費用の負担等）

第９条 検診に要した費用の負担は、次の各号に定めるところによる。

（１）受診者及び市長は、前条第１項の規定に基づき算定した額を負担し、その額のうち受診者は、「健康増進法第１９条の２による健康増進事業に関する要綱（平成２０年３月３１日１９川健健第１７６６号）」別表に規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）の額を負担し、市長はその残額を負担する。ただし、同要綱第５条の規定により一部負担金を免除する場合は、市長が前条第１項の規定に基づき算定した額を負担する。

（２）実施登録医療機関は、一部負担金を、当該受診者から検診を実施する際に徴収するものとする。

（３）前条第２項に規定する費用については受診者が負担することを基本とし、この要綱により実施する胃がん検診委託事業において市長は当該費用を負担しない。

（検診項目）

第１０条 検診の項目は、問診及び胃部エックス線検査または問診及び上部消化管内視鏡検査とし、受診者がいずれか一方を選択する。

２ 前項の規定に係わらず上部消化管内視鏡検査については、次の場合は禁忌とする。

（１）咽頭や呼吸器に重篤な炎症や疾患が見られる場合

（２）新しい心筋梗塞や重篤な不整脈、心不全が見られる場合

(3) 明らかな出血傾向またはその疑いのある場合

(4) 収縮期 170 以上または拡張期 100 以上の高血圧の場合（降圧処置後に検査を行うことが望ましい）

3 上部消化管内視鏡検査の受診者に対しては、事前に検査方法等の説明を充分に行い、同意を得た後、川崎市胃がん内視鏡検診及び精密検査についての説明ならびに同意書（第 8 号様式）を必ず受理するものとする。

（検査基準）

第 11 条 前条に定める検査基準は、別表 1 による。

（エックス線フィルム及び内視鏡画像の読影方法）

第 12 条 検診により撮影したエックス線フィルム及び内視鏡画像（以下、「フィルム等」という。）の読影は、一次読影を実施登録医療機関の医師が行った後、更に、全症例につき別の医師により二次読影を行うものとする。消化器画像診断の十分な経験を有する医師が 2 名以上いないなどの理由で二次読影が困難な場合には、川崎市医師会に委託して行う読影会へ提出して二次読影を行うものとする。ただし、内視鏡画像の読影において、次のいずれかに該当し、かつ川崎市医師会にあらかじめ届け出た実施登録医療機関に限り、前述の読影会に替え、当該実施登録医療機関で二次読影を行うことができる。

（1）実施登録医療機関に一次読影を行う医師とは他に、日本消化器内視鏡学会指導医または専門医がいる（常勤・非常勤問わず）場合。

（2）実施登録医療機関に日本消化器内視鏡学会指導医または専門医が 2 名以上いて（常勤・非常勤問わず）、かつ他の実施登録医療機関の二次読影を行う場合。

（上部消化管内視鏡検査における生検）

第 12 条の 2 上部消化管内視鏡検査の結果、悪性疾患が疑われる症例につい

て生検を実施した場合の費用負担は第9条第3号の例による。

- 2 前項の場合、実施登録医療機関は、検診の自己負担額の他に、生検実施に対する保険診療の自己負担額が追加されることを検診実施前に受診者に説明し了解を得なければならない。

(記録)

第13条 実施登録医療機関は、その結果を第4号様式又は第4-2号様式に記録するものとする。

- 2 実施登録医療機関の開設者は、費用の請求を行う際、川崎市がん検診等委託料請求書(第5号様式)に第4号様式及び第4-2号様式を添付し、市長に請求するものとする。

- 3 実施登録医療機関は、上部消化管内視鏡検査実施時に偶発症が発生した場合は、川崎市胃がん検診偶発症報告様式(第9号様式)に詳細を記入し、該当の受診者の第4-2号様式に添付し、市長に提出するものとする。なお、その際の報告基準については、別表2に定めるインシデント・アクシデント影響度レベルのレベル3a以上とする。

(検診結果の判定)

第14条 検診結果の判定区分は、次の各号のとおりとする。

(1) 胃部エックス線検査

- ア 所見なし(精密検査不要)
- イ 所見あり(精密検査不要)
- ウ 要精密検査

(2) 上部消化管内視鏡検査

- ア 所見なし(精密検査不要)
- イ 所見あり(精密検査不要)
- ウ 要精密検査(生検)

エ 要経過観察

オ 要治療

(検診結果の通知及び事後指導)

第 15 条 検診結果は、実施登録医療機関において、川崎市胃がん検診結果票（第 4 号様式の 3）又は（第 4 号－2 様式の 3）をもって受診者に速やかに通知し、適切な指導を行わなければならない。

2 実施登録医療機関は、受診者のうち、前条第 1 号ウ又は第 2 号ウに該当すると認めた者（以下「要精検者」という。）の結果を川崎市胃がん検診精密検査結果報告書（第 6 号様式）により市長に報告するものとする。

また、要精検者を他の医療機関へ紹介する場合には、精密検査紹介状（第 7 号様式）に必要な事項を記入するとともに、その紹介医療機関に第 6 号様式により精密検査結果を市長に報告するよう依頼しなければならない。

3 実施登録医療機関は、検診実施後 3 か月以内に精密検査受診の有無が不明な場合には、実施登録医療機関が要精検者に対し、精密検査受診の有無及び結果等に関する照会を行わなければならない。

また、精密検査未受診者に対しては精密検査の受診勧奨を行わなければならない。

(精密検査結果等の調査)

第 16 条 市長は、精密検査実施医療機関に対し、必要に応じて精密検査結果等について調査を行う。

(事業の周知)

第 17 条 事業の周知は、国民健康保険における特定健診対象者へのチラシ送付によるほか、市政だより、ポスター、ホームページ、地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）事業等によって行い、広く市民に徹底するよう努めるものとする。

(費用の請求及び支払い)

第 18 条 実施登録医療機関の開設者は、検診に要した費用のうち第 9 条第

1 号に規定する市長が負担する額を第 5 号様式により、原則として、検診を実施した月の翌月の 15 日までに市長に請求するものとする。

2 前項の請求は、別表 3 に定める窓口に提出するものとする。

3 市長は、前 2 項による請求があったときは、速やかにその内容を審査し、川崎市医師会を經由して実施登録医療機関に支払うものとする。この場合、市長は請求があった月の翌々月の 18 日までに川崎市医師会に支払うものとする。

(検診記録等の保存)

第 19 条 第 4 号様式及び第 4-2 号様式は、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）第 24 条第 2 項の規定に準じ、実施医療機関において検診を実施した日から起算して 5 年間保存しなければならない。

2 検診により撮影したフィルム等は、実施医療機関において検診を実施した日から起算して 5 年間保存しなければならない。

3 前 2 項については、電子媒体による保存に代えることができる。

(委任)

第 20 条 この要綱の実施について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。

(関係要綱の廃止)

2 次に掲げる要領は、廃止する。

(1) 川崎市胃がん検診（節目健診）実施要領

(2) 川崎市胃がん検診（節目健診）研修会要領

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

(東日本大震災に伴う特例)

- 2 東日本大震災の被災により災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用を受けた地域の方々（以下「被災者」という。）が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成23年3月11日から当分の間、第2条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「東日本大震災の被災により災害救助法（昭和22年法律第118号）の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

また、その他被災地域からの避難者等、一定の配慮を要する者として健康福祉局長が認めた場合においても、対象者として同様に取り扱うことができる。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成24年12月3日から施行する。

(上部消化管内視鏡検査の実施に伴う特例)

- 2 円滑な内視鏡検診事業実施のため、新たに上部消化管内視鏡検診の登録を

受ける医療機関については、第6条の規定にかかわらず、第5条第1項及び第2項の規定に準じて、平成24年9月1日から適用する。

- 3 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。ただし、第4-2号様式から第4-2号様式の3まで、第8号様式及び第8号様式の2の改正規定は、同年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年6月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年11月19日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した第8号様式及び第8号様式の2による様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成２８年４月１４日から施行する。

（平成２８年熊本地震に伴う特例）

- 2 平成２８年熊本地震の被災により災害救助法（昭和２２年法律第１１８号）の適用を受けた地域の方々が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等のかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成２８年４月１４日から当分の間、第２条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「平成２８年熊本地震の被災により災害救助法（昭和２２年法律第１１８号）の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成２９年４月１日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成３０年４月１日から施行する。

（経過措置）

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成３１年４月１日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和3年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和 6 年 1 2 月 2 日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

別表 1 （第 1 1 条関係）

検 査 基 準		
1	診 察	1 回
2	胃 部 エ ッ ク ス 線 検 査 （ 直 接 撮 影 ）	
	（ 1 ） 造 影 剤 使 用 透 視 診 断	1 回
	（ 2 ） 造 影 剤 使 用 消 化 器 系 写 真 診 断	1 回
	（ 3 ） 造 影 剤 使 用 そ 撃 撮 影	1 回
3	上 部 消 化 管 内 視 鏡 検 査	

（ 1 ） 胃 部 エ ッ ク ス 線 検 査 （ 直 接 撮 影 ） に つ い て は 次 の と お り と す る。

日本消化器集団検診会の新・胃 X 線撮影法（間接・直接）ガイドラインによって実施する。

○ 撮影体位及び手順

- ・ 造影剤は200～240W/V%の高濃度低粘性粉末バリウム120～150ml使用する。
- ・ 撮影体位は二重造影法による 9 体位とする
（食道部は透視観察、または必要時のみ撮影）

① 食道造影（観察のみ）

② 背臥位二重造影 正面像

③ 背臥位二重造影 第 1 斜位像

④ 背臥位二重造影 第 2 斜位像（頭低位）

⑤ 頭低位腹臥位 前壁二重造影像（体部～幽門部）

⑥ 腹臥位第 1 斜位 前壁二重造影像（上部）

⑦ 右側臥位二重造影像（上部）

⑧ 背臥位二重造影 第 2 斜位像（振り分け）

⑨ 立位二重造影 第 1 斜位または正面位像

⑩ a 立位圧迫 4 分割（体下部・胃角部・前庭部・幽門部～十二指腸球部）

b 圧迫が難しい場合は、スポット撮影（腹臥位第 1 斜位前壁二重造影像・背臥位二重造影第 1 斜位像・半立位二重造影第 2 斜位像・背臥位二重造影正面像）を行う

※ ⑤と⑥は順序が逆でも良い。

(2) 上部消化管内視鏡検査については次のとおりとする。

○上部消化管内視鏡検査の撮影方法及び枚数

- ・撮影は日本消化器がん検診学会の定める「胃内視鏡検診マニュアル」により実施し、撮影にあたっては「標準撮影方法」を参考とする。
- ・読影時の部位同定を容易にするため、撮影手順は【食道—胃幽門輪—十二指腸—胃】の順とし、以下部位を中心に40コマ程度以上の撮影が望ましい。
- ・撮影順序は次のとおりとする。

①上部食道

②中部食道

③食道胃接合部

④胃幽門部

⑤十二指腸球部

(十二指腸下行脚)

⑥前庭部4方向(大弯、小弯、前壁、後壁)

⑦胃角前壁

⑧胃角後壁

⑨胃体下部小弯

⑩胃体中部小弯

⑪噴門

⑫穹窿部

⑬胃体下部前壁

⑭胃体下部後壁

⑮胃体中部前壁

⑯胃体中部後壁

⑰胃体上部前壁

⑱胃体上部後壁

・病変があれば、さらに追加撮影する。その場合は1病変に対し、2方向、2コマ以上撮影する。

・色素散布または画像強調は必要に応じ行うものとする。

○受診者への検査方法の事前説明

内視鏡検査の受診者に対しては、事前に検査方法等の説明を十分に行い、同意を得た後、同意書(別紙第8号様式)を必ず受理するものとする。受診するにあたって、当日は健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等を忘れずに持参すること、鎮静薬の使用がある場合は、車(自動車・バイク・自転車)で来院しないこと、についても受診者に説明する。

○抗凝固薬・抗血小板薬(以下、「抗血栓薬」という。)

抗血栓薬服用中の方への検査の実施にあたっては、日本消化器内視鏡学会の

「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」を遵守の上、各医療機関の責任において十分かつ慎重な配慮のもとに行う。

検査時に出血があった場合に、適切な止血処置が実施できない医療機関では、抗血栓薬服用中の方への検査は原則として勧めない。抗血栓薬服用中の方に対応できない場合には、検査は実施せず、他の医療機関を紹介するか、胃がん検診の選択肢として胃部エックス線検査について説明する。

○鎮静薬

鎮静薬を使用する場合には各医療機関の責任において十分かつ慎重な配慮のもとに行う。やむを得ず使用する場合には、受診者の状態を十分に観察した後、投与し、検査中は少なくとも酸素飽和計を用いて観察を行い、必要ならばECGモニター、血圧計を装着する。可能な限り、血管確保することが望ましい。酸素飽和度が90%台前半になったら、深呼吸誘導を行い、90%以下となった場合には内視鏡を抜去して検査を中断することも考える。

鎮静薬を使用した検査の後では、十分に状態を観察する。検査終了後に車（自動車・バイク・自転車）の運転をしない旨を確認する。検査後、受診者を少なくとも30分から1時間程度院内にとどめ十分に休息させ、必要があればより休息時間を取り、安全を確認後帰宅させる。また検査時に胃内が空虚でなかった場合は、吐物が気管に入る危険性があり、検査後の観察はより慎重に行う。

また、鎮静剤を使用した場合においても市及び受診者に別途料金の請求はできないものとする。

○生検の実施について

内視鏡検診の結果、悪性疾患が疑われる症例については生検を実施することができる。その場合には、市検診の対象外であり、市検診の自己負担の他に、生検実施に対する保険診療の自己負担額が追加されることを事前に受診者に説明し同意書（別紙第8号様式）による了解を必ず得てから実施する。

なお、生検は悪性病変が想定される場合のみで、次の病変に対しては原則、生検は行わないものとする。

① 胃底腺ポリープ、②タコイボびらん、③黄色腫、④静脈瘤、⑤十二指腸潰瘍 等

生検を実施した場合は結果がいかなる場合であっても総合判定は「3. 要精密検査（生検）」とする。

また、生検実施時の保険請求については、初診料・内視鏡検査料、フィルム代および再診料は検診費用に含まれるため保険請求は行わないものとする。

○内視鏡機器の洗浄・消毒

「内視鏡の洗浄・消毒に関するガイドライン」（日本消化器内視鏡技師会安全管理委員会編）に準拠する。

○血液検査

内視鏡検査実施時に、血液検査を実施した場合であっても、市及び受診者に別途料金の請求はできないものとする。

別表 2（第 1 3 条関係）

【インシデント・アクシデント影響度レベル】

	障害の持続性	障害の程度	内容
レベル0			エラーがみられたが患者には実施されなかった。
レベル1	なし		患者への実施はなかった（何らかの影響を与えた可能性は否定できない）。
レベル2	一過性	軽度	処置や治療は行わなかった。鼻出血など。過鎮静
レベル3a	一過性	中等度	簡単な処置や治療を要した。鼻出血やマロリー・ワイス症候群、低酸素血症、歯牙損傷など。
レベル3b	一過性	高度	濃厚な処置や治療を要した。生検後出血、マロリー・ワイス症候群、アナフィラキシーなど。
レベル4a	永続的	軽度～中等度	永続的な障害や後遺症が残ったが、有意な機能障害は伴わない。穿孔など。
レベル4b	永続的	中等度～高度	永続的な障害や後遺症が残り、有意な機能障害を伴う。穿孔など。
レベル5	死亡		アナフィラキシーショックによる死亡など。

別表 3（第 18 条関係）

提 出 窓 口
健康福祉局保健医療政策部健康増進担当
川崎区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
大師地区健康福祉ステーション
田島地区健康福祉ステーション
幸区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
中原区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
高津区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
宮前区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
多摩区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
麻生区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課

川崎市がん検診等登録医療機関申請書

令和 年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関 所在地
名 称
開設者
T E L

川崎市の各がん検診等委託事業実施要綱の規定に基づき、

- ☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診

登録医療機関として申請します。

☐ 肺がん検診 診療科目

胸部エックス線装置 種類 形式

☐ 大腸がん検診 診療科目

検診項目〔問診、免疫学的便潜血検査2日法〕

☐ 胃がん検診 診療科目

検査方法(該当する番号に○印をつける)

(1) 胃エックス線検査 装置 種類 形式

(2) 上部消化管内視鏡検査 装置 種類 形式

☐ 子宮がん検診 診療科目

☐ 乳がん検診 診療科目

検診項目〔問診、マンモグラフィ〕

マンモグラフィ 製造元 形式

☐ 骨粗しょう症検診 診療科目

検査方法(該当する番号に○印をつける)

(1) DXA法〔腰椎測定〕 (2) DXA法〔その他〕 (3) 改良型MD法

(4) SXA法 (5) PQCT法 (6) 超音波法

注) 本申請書は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書を添えて川崎市医師会長に提出してください。

川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書

令和 年 月 日

川崎市医師会長 様

医療機関 所在地
名 称
開設者
T E L

川崎市の

〔 ☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
 ☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診 〕

実施医療機関として登録したいので、御推薦をお願いいたします。

☐ 肺がん検診 診療科目

胸部エックス線装置 種類 形式

☐ 大腸がん検診 診療科目

検診項目〔問診、免疫学的便潜血検査2日法〕

☐ 胃がん検診 診療科目

検査方法（該当する番号に○印をつける）

（1）胃エックス線検査 装置 種類 形式

（2）上部消化管内視鏡検査 装置 種類 形式

☐ 子宮がん検診 診療科目

☐ 乳がん検診 診療科目

検診項目〔問診、マンモグラフィ〕

マンモグラフィ 製造元 形式

☐ 骨粗しょう症検診 診療科目

検査方法（該当する番号に○印をつける）

（1）DXA法〔腰椎測定〕（2）DXA法〔その他〕（3）改良型MD法

（4）SXA法 （5）PQCT法 （6）超音波法

川崎市がん検診等実施医療機関登録書

医療機関 所在地.....

名 称

開設者

川崎市の各がん検診等実施要綱の規定に基づき、

〔☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 胃がん検診
☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診〕

登録医療機関として登録します。

胃がん検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- （１）胃部エックス線検査
（２）上部消化管内視鏡検査

骨粗しょう症検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- （１）DXA法〔腰椎測定〕 （２）DXA法〔その他〕 （３）改良型MD法
（４）SXA法 （５）pQCT法 （６）超音波法

令和 年 月 日

川崎市長

印

川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届

令和 年 月 日

（あて先） 川 崎 市 長

医療機関 所在地.....

名 称.....

開設者.....

T E L.....

川崎市の

- | | |
|---|--|
| { | ☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 |
| | ☐ 胃がん検診 （胃部エックス線検査、上部消化管内視鏡検査） |
| | ☐ 子宮がん検診 ☐ 乳がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診 |

登録医療機関として登録した事項を変更したいので、届け出いたします。

1 変更、辞退の区別

（1） 変 更

（2） 辞 退

2 変更する場合にあっては、その内容

辞退する場合にあっては、その期日

.....

.....

.....

.....

.....

.....

注）本変更（辞退）届は川崎市医師会長に提出してください。

川崎市胃がん検診(エックス線検査)申込書・記録票

※ 昨年度(4月1日～翌年3月31日)、川崎市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しましたか。1 はい 2 いいえ

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん
------	--

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区					電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ()には部位を記入してください。	
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()	
2 次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある	
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎	
(7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患() いつですか⇒(年 月)	
3 腹部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある (病名)	
4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)	
5 以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある	
(1)胃 痛 (2)食物がつかえる感じ (3)胃のもたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐きけ、おう吐	
(7)顔色が悪い (8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ (10)便秘ぎみ (11)血 便 (12)黒っぽい便 (13)体重減少	
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う (1日 本位)	
(2)酒 類 1 飲まない 2 飲む (毎日 時々)	
7 現在妊娠していますか 1 妊娠している 2 妊娠していない	
8 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか (内視鏡検査・バリウム検査)	
1 ない 2 ある ⇒ 前回 年 月頃、 検査結果 異常なし／病名()	
9 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか	
1 ない 2 ある 3 わからない	

一次読影日 年 月 日 医師氏名					所見区分 (数字を記入する)	
A区分 E 食道部 F 穹隆部 部位区分 A B 所見 診 断					1. 所見なし 7. 壁硬化	
					2. 透亮像 8. 皺襞途絶	
					3. バリウム斑 9. 皺襞集中	
B区分 1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側 判定 i. ii. iii. iv. v.					4. 変形 10. 巨大皺襞	
					5. 伸展不良 11. 粘膜凸凹不整	
					6. 陰影欠損 12. その他	
二次読影日 年 月 日 医師氏名					診 断 (数字を記入する)	
A区分 E 食道部 F 穹隆部 部位区分 A B 所見 診 断					1. 異常なし 11. 十二指腸憩室	
					2. 胃がん(疑含む) 12. 十二指腸潰瘍	
					3. 胃腺種 13. 十二指腸潰瘍癒痕	
B区分 1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側 判定 I. II. III. IV. V.					4. 胃炎 14. 十二指腸腫脹	
					5. 胃潰瘍 15. 食道がん(疑)	
					6. 胃潰瘍癒痕 16. 食道憩室	
					7. 胃憩室 17. 食道裂孔ヘルニア	
					8. 胃ポリープ 18. その他	
					9. 胃粘膜下腫瘍	
					10. 術後胃	
総合判定					判定区分	
1 所見なし・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要					I. 読影不能	
3 要精密検査 ⇒ (1) 自院で実施 ・ (2) 他院を紹介(医療機関名)					II. 異常所見を認めない	
判定医師名					III. 異常所見を認めるが精査を必要としない	
医師のコメント(所見)					IV. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる	
					V. 悪性病変の疑い	

検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので ☐ 結果を郵送 ☐ 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

川崎市胃がん検診(エックス線検査)申込書・記録票

※ 昨年度(4月1日～翌年3月31日)、川崎市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しましたか。1 はい 2 いいえ

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん
------	--

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区					電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ()には部位を記入してください。	
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()	
2 次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある	
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎	
(7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患() いつですか⇒(年 月)	
3 腹部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある (病名)	
4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)	
5 以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある	
(1)胃 痛 (2)食物がつかえる感じ (3)胃のもたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐きけ、おう吐	
(7)顔色が悪い (8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ (10)便秘ぎみ (11)血 便 (12)黒っぽい便 (13)体重減少	
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う (1日 本位)	
(2)酒 類 1 飲まない 2 飲む (毎日 時々)	
7 現在妊娠していますか 1 妊娠している 2 妊娠していない	
8 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか (内視鏡検査・バリウム検査)	
1 ない 2 ある ⇒ 前回 年 月頃、 検査結果 異常なし／病名()	
9 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか	
1 ない 2 ある 3 わからない	

一次読影日 年 月 日 医師氏名					所見区分 (数字を記入する)						
A区分					部位区分						
E 食道部					A	B					
I 胃角					所見	診 断					
B 十二指腸球部					U 体部上部						
A 前庭					M 体部中部						
L 体部下部											
B区分 1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側					判 定	i . ii . iii . iv . v .					
二次読影日 年 月 日 医師氏名					部位区分						
E 食道部					A	B					
I 胃角					所見	診 断					
B 十二指腸球部					U 体部上部						
A 前庭					M 体部中部						
L 体部下部											
B区分 1. 小弯側 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯側					判 定	I . II . III . IV . V .					
総 合 判 定		1 所見なし・精密検査不要					2 所見あり・精密検査不要				
		3 要精密検査 ⇒ (1) 自院で実施					(2) 他院を紹介(医療機関名)				
		判定医師名									
		医師のコメント(所見)									

検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので ☐結果を郵送 ☐医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

川崎市胃がん検診(エックス線検査)結果票

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん
------	--

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日（ 歳）
住所	川崎市 区					電話	

胃がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

1. 所見なし・精密検査不要

今回の検診では異常は認められません。
今後も定期的に検診を受けてください。
また、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

2. 所見あり・精密検査不要

今回の検査結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。
今後、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。

3. 要精密検査

今回の検診結果では、胃内視鏡検査により、さらに詳しい検査を受ける必要があります。
『胃がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。
なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等をご持参ください。

注意）胃がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。
また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

※ 胃がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。
今後もご自身の健康を守るため、定期的に検診をお受けください。

※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

※厚生労働省が市町村で行うがん検診の内容等について定める「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、胃がん検診について、50歳以上の方を対象に2年に1回行うことが推奨されています。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の方を対象に年1回実施しても差し支えないこととされています。

総 合 判 定	1 所見なし・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要	
	3 要精密検査 ⇒ (1) 自院で実施 ・ (2) 他院を紹介 (医療機関名)	
	判定医師名	
医師のコメント(所見)		

検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので ☐ 結果を郵送 ☐ 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:

川崎市胃がん検診（内視鏡検査）申込書・記録票

※ 昨年度(4月1日～翌年3月31日)、川崎市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

医療機関コード							
受診年月日	令和 年 月 日		診査機関名				
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由		1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上			

同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん
------	--

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個人々の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区					電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ()には部位を記入してください	
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()	
2 次の胃腸の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある	
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎 (7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患() いつですか⇒(年 月)	
3 薬剤アレルギーがありますか 1 ない 2 ある (薬剤名) (キシロカインショックの有無: 1 ない 2 ある)	
4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)	
5 以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある	
(1)胃 痛 (2)食物がつかえる感じ (3)胃のもたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐き気、おう吐 (7)顔色が悪い (8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ (10)便秘ぎみ (11)血 便 (12)黒っぽい便 (13)体重減少	
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う (1日 本位) (2)酒類 1 飲まない 2 飲む (毎日 時々)	
7 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか (内視鏡検査 ・ バリウム検査)	
1 ない 2 ある ⇒ 前回 年 月頃、 検査結果 異常なし／病名()	
8 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか 1 ない 2 ある (年 月頃 → 除菌治療: 成功 ・ 不成功)	

血圧	～	脈拍		通常径 ・ 細径	所見区分(数字を記入する)	
一次読影日 年 月 日 医師氏名					1. 所見なし 5. 瘢痕 9. 褪色	
A区分 E. 食道 F. 穹窿部 U. 胃体上部 M. 胃体中部 L. 胃体下部 I. 胃角部 A. 前庭部 B. 球部	B区分 1. 小弯 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯	部位区分		所見	診断	2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凸凹不整 3. 陥凹 7. びらん 11. その他 4. 潰瘍 8. 発赤 ()
		A	B			
生 検: あり なし 偶発症: あり → レベル 【 】 生検結果: Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5)・食道・十二指腸 ※レベル3a以上は別紙(第9号様式)記入 生検となる所見() 判 定: 0. i. ii. iii. iv. v. その他特記事項()					診 断(数字を記入する) 1. 異常なし 9. 胃びらん 2. 癌(疑い含む) 10. 胃粘膜下腫瘍 3. 胃腺腫 11. 術後胃 4. ヘリコバクター関連胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘢痕含む) 5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん 6. 胃潰瘍(瘢痕含む) 14. 食道裂孔ヘルニア 7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎 8. 胃ポリープ 16. その他()	
二次読影日 年 月 日 医師氏名					判 定 区 分	
部位区分		所見	診断	再検査の必要性 1. 有 2. 無	0. 読影不能 I. 異常所見を認めない II. 異常所見を認めるが精査を必要としない III. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる IV. 要精密検査(生検)あるいは要再精密検査(生検) V. 悪性病変	
A	B					
				判 定: 0. I. II. III. IV. V.		
所見 ()						
総合判定		1 所見なし 2 所見あり・精密検査(生検)不要				
		3 要精密検査(生検) ⇒ (1)自院で実施 ・ (2)他院を紹介(医療機関名)				
		a 要経過観察(ヶ月) b 要治療				
		判定医師名				
医師のコメント(所見)						

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので ☐結果を郵送 ☐医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

川崎市胃がん検診（内視鏡検査）申込書・記録票

※ 昨年度(4月1日～翌年3月31日)、川崎市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しましたか。 1 はい 2 いいえ

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

医療機関コード							
受診年月日	令和 年 月 日		診査機関名				
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由		1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上			

同日実施	☐ 特定健診	☐ 肺がん	☐ 大腸がん
------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個人々の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区					電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ()には部位を記入してください	
1 いない 2 いる ⇒ (1) 父母() (2) 兄弟姉妹() (3) おじ・おば()	
2 次の胃腸の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある	
(1) 胃かいよう (2) 十二指腸かいよう (3) 腸閉そく (4) 胃ポリープ (5) 胃けいれん (6) 慢性胃炎 (7) 胃がん (8) その他の胃腸疾患() いつですか⇒(年 月)	
3 薬剤アレルギーがありますか 1 ない 2 ある (薬剤名) (キシロカインショックの有無: 1 ない 2 ある)	
4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)	
5 以下のような症状はありますか 1 ない 2 ある	
(1)胃 痛 (2)食物がつかえる感じ (3)胃のもたれ、重苦しさ (4)胸やけ、げっぷ (5)胃のはり (6)吐き気、おう吐 (7)顔色が悪い (8)食欲の衰え (9)下痢ぎみ (10)便秘ぎみ (11)血 便 (12)黒っぽい便 (13)体重減少	
6 嗜好 (1)たばこ 1 吸わない 2 以前吸っていた 3 吸う (1日 本位) (2)酒類 1 飲まない 2 飲む (毎日 時々)	
7 過去5年間に胃の検査を受けたことがありますか (内視鏡検査 ・ バリウム検査)	
1 ない 2 ある ⇒ 前回 年 月頃、 検査結果 異常なし／病名()	
8 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか 1 ない 2 ある (年 月頃 → 除菌治療: 成功 ・ 不成功)	

血圧	～	脈拍		通常径 ・ 細径	所見区分(数字を記入する)	
一次読影日 年 月 日 医師氏名					1. 所見なし 5. 瘢痕 9. 褪色	
A区分 E. 食道 F. 穹窿部 U. 胃体上部 M. 胃体中部 L. 胃体下部 I. 胃角部 A. 前庭部 B. 球部	B区分 1. 小弯 2. 前壁 3. 後壁 4. 大弯	部位区分		所見	診断	2. 隆起 6. 皺襞集中 10. 粘膜凹凸不整 3. 陥凹 7. びらん 11. その他 4. 潰瘍 8. 発赤 ()
		A	B			
生 検: あり なし 偶発症: あり → レベル【 】 生検結果: Group (1 , 2 , 3 , 4 , 5)・食道・十二指腸 ※レベル3a以上は別紙(第9号様式)記入 生検となる所見() 判 定: 0. i. ii. iii. iv. v. その他特記事項()					診 断(数字を記入する) 1. 異常なし 9. 胃びらん 2. 癌(疑い含む) 10. 胃粘膜下腫瘍 3. 胃腺腫 11. 術後胃 4. ヘリコバクター関連胃炎 12. 十二指腸潰瘍(瘢痕含む) 5. 萎縮性胃炎 13. 食道がん 6. 胃潰瘍(瘢痕含む) 14. 食道裂孔ヘルニア 7. 表層性・びらん性胃炎 15. 食道炎 8. 胃ポリープ 16. その他()	
二次読影日 年 月 日 医師氏名					判 定 区 分	
部位区分		所見	診断	再検査の必要性 1. 有 2. 無	0. 読影不能 Ⅰ. 異常所見を認めない Ⅱ. 異常所見を認めるが精査を必要としない Ⅲ. 異常所見を認めるが悪性病変以外の疾患が考えられる Ⅳ. 要精密検査(生検)あるいは要再精密検査(生検) Ⅴ. 悪性病変	
A	B					
				判 定: 0. Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ. Ⅳ. Ⅴ.		
所見 ()						
総合判定		1 所見なし 2 所見あり・精密検査(生検)不要				
		3 要精密検査(生検) ⇒ (1)自院で実施 ・ (2)他院を紹介(医療機関名)				
		a 要経過観察(ヶ月) b 要治療				
判定医師名						
医師のコメント(所見)						

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名	
医師記載欄	来院しないので ☐ 結果を郵送 ☐ 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:	

川崎市胃がん検診(内視鏡検査)結果票

受診年月日	令和 年 月 日		診査機関名				
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上				
同日実施	☐ 特定健診 ☐ 肺がん ☐ 大腸がん						
受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。							
漢字氏名		カナ氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区				電話		

胃がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

- 1. 所見なし**
今回の検診では異常は認められません。
今後も定期的に検診を受けてください。
また、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。
- 2. 所見あり・精密検査（生検）不要**
今回の検診結果では、今のところ詳しい検査を行う必要はありません。
今後、自覚症状等がありましたら、最寄りの医療機関で受診してください。
- 3. 要精密検査（生検）**
今回の検診結果では、生検又は胃内視鏡の再検査により、さらに詳しい検査を受ける必要があります。
『胃がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参の上、ただちに下記で指定された医療機関で精密検査を受けてください。
今回の検診で精密検査（生検）も同時に行った場合については、今回受診された医療機関から説明を受けてください。
なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

- a. 要経過観察**
今回の検診結果では、経過観察の必要があります。『胃がん検診結果票』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参の上、今回受診した医療機関で受診してください。
- b. 要治療**
今回の検診結果では、治療が必要となります。『胃がん検診結果票』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参の上、ただちに適切な医療機関で受診してください。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等をご持参ください。

(注意) 胃がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。
また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

- ※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。
- ※ 胃がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。今後もご自身の健康を守るため、定期的に検診をお受けください。
- ※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回の受診時にお持ちください。

※厚生労働省が市町村で行うがん検診の内容等について定める「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」では、胃がん検診について、50歳以上の方を対象に2年に1回行うことが推奨されています。ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の方を対象に年1回実施しても差し支えないこととされています。

総合判定	1 所見なし 2 所見あり・精密検査(生検) 不要	
	3 要精密検査(生検) ⇒ (1) 自院で実施 ・ (2) 他院を紹介(医療機関名)	
	a 要経過観察(ヶ月)	b 要治療
	判定医師名	
医師のコメント(所見)		

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日				受診者署名
医師記載欄	来院しないので	☐ 結果を郵送	☐ 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:				

川崎市がん検診等委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関コード

所 在 地

名 称

開 設 者

令和 年 月 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区 分		請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決 定 額	
		件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初 診 料								
	胸部エックス線検査								
	喀 痰 検 査								
	小 計								
大腸がん検診	初 診 料								
	免疫学的便潜血検査								
	小 計								
胃がん検診	初 診 料								
	胃部エックス線検査								
	胃部内視鏡検査								
	小 計								
子宮がん検診	初 診 料								
	頸 部 の み								
	頸 部 + 体 部								
	頸部+体部(採取不能)								
	小 計								
乳がん検診	初 診 料								
	マンモグラフィ								
	小 計								
骨粗しょう症検診	初 診 料								
	DXA法による腰椎測定								
	MD法・SXA法等								
	超 音 波 法								
	小 計								
合 計									

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進担当出してください。
※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 翌月15日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
※ ただし、前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市がん検診等委託料請求書

(あて先) 川 崎 市 長

医療機関コード

令和 年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--

所 在 地

名 称

開 設 者

令和 年 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区 分		請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決 定 額	
		件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初 診 料								
	胸部エックス線検査								
	喀 痰 検 査								
	小 計								
大腸がん検診	初 診 料								
	免疫学的便潜血検査								
	小 計								
胃がん検診	初 診 料								
	胃部エックス線検査								
	胃管内視鏡検査								
	小 計								
子宮がん検診	初 診 料								
	頸 部 の み								
	頸 部 + 体 部								
	頸部+体部(採取不能)								
	小 計								
乳がん検診	初 診 料								
	マンモグラフィ								
	小 計								
骨粗しょう症検診	初 診 料								
	DXA法による腰椎測定								
	MD法・SXA法等								
	超 音 波 法								
	小 計								
合 計									

注(1) 太線内のみ記入してください。

(2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進担当に提出してください。
※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。

(3) 翌月15日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。

(4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。
※ ただし、前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。
また、過年度分は別途処理させていただきます。

川崎市胃がん検診精密検査結果報告書

令和 年 月 日

（あて先）川崎市長

〔 精密検査実施医療機関 〕 住 所
名 称
医師名

川崎市胃がん検診委託事業実施要綱第15条第2項の規定に基づき、次のとおり
要精検者の結果を報告します。

一次検診実施医療機関 記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	川崎市 区						

医 療 機 関 名

住 所

一次検診実施日 令和 年 月 日

精密検査年月日 令和 年 月 日

診 断

1. 異常なし
2. 原発性胃がん → 1. 早期がん 2. 進行がん)
→ (1. 粘膜内 2. 粘膜内以外)
3. その他の胃がん
4. その他の疾患 → 1. 胃線種 2. 胃ポリープ 3. 胃粘膜下腫瘍
4. 胃潰瘍 5. 十二指腸潰瘍 6. 胃炎 7. その他)
5. 胃がんの疑い
6. 未確定
7. 未受診

※「2. 原発性胃がん」の場合は、「1. 早期がん」又は「2. 進行がん」のいずれかの番号に○をしてください。
※「2. 原発性胃がん」かつ「1. 早期がん」の場合は、「1. 粘膜内」又は「2. 粘膜内以外」のいずれかの番号に○をしてください。
※「4. その他の疾患」の場合は、該当する疾患の番号に○をしてください。（複数選択可）

※ 所 見

川崎市胃がん検診精密検査結果報告書

令和 年 月 日

（あて先）川崎市 長

〔 精密検査実施医療機関 〕 住 所
名 称
医師名

川崎市胃がん検診委託事業実施要綱第15条第2項の規定に基づき、次のとおり
要精密検査の結果を報告します。

一次検診実施医療機関 記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		性 別	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	川崎市 区						

医 療 機 関 名

住 所

一 次 検 診 実 施 日 令和 年 月 日

精密検査年月日 令和 年 月 日

診 断

1. 異常なし
2. 原発性胃がん → 1. 早期がん 2. 進行がん)
→ (1. 粘膜内 2. 粘膜内以外)
3. その他の胃がん
4. その他の疾患 → 1. 胃線種 2. 胃ポリープ 3. 胃粘膜下腫瘍
4. 胃潰瘍 5. 十二指腸潰瘍 6. 胃炎 7. その他)
5. 胃がんの疑い
6. 未確定
7. 未受診

※「2. 原発性胃がん」の場合は、「1. 早期がん」又は「2. 進行がん」のいずれかの番号に○をしてください。

※「2. 原発性胃がん」かつ「1. 早期がん」の場合は、「1. 粘膜内」又は「2. 粘膜内以外」のいずれかの番号に○をしてください。

※「4. その他の疾患」の場合は、該当する疾患の番号に○をしてください。（複数選択可）

※ 所 見

川崎市胃がん検診精密検査結果報告書

令和 年 月 日

（あて先）川崎市長

〔 精密検査実施医療機関 〕 住 所
名 称
医師名

川崎市胃がん検診委託事業実施要綱第15条第2項の規定に基づき、次のとおり
要精検者の結果を報告します。

一次検診実施医療機関 記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		性別	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	川崎市 区						

医 療 機 関 名

住 所

一 次 検 診 実 施 日 令和 年 月 日

精密検査年月日 令和 年 月 日

診 断

1. 異常なし
2. 原発性胃がん → (1. 早期がん 2. 進行がん)
→ (1. 粘膜内 2. 粘膜内以外)
3. その他の胃がん
4. その他の疾患 → (1. 胃線種 2. 胃ポリープ 3. 胃粘膜下腫瘍
4. 胃潰瘍 5. 十二指腸潰瘍 6. 胃炎 7. その他)
5. 胃がんの疑い
6. 未確定
7. 未受診

※「2. 原発性胃がん」の場合は、「1. 早期がん」又は「2. 進行がん」のいずれかの番号に○をしてください。

※「2. 原発性胃がん」かつ「1. 早期がん」の場合は、「1. 粘膜内」又は「2. 粘膜内以外」のいずれかの番号に○をしてください。

※「4. その他の疾患」の場合は、該当する疾患の番号に○をしてください。（複数選択可）

※ 所 見

川崎市がん検診精密検査紹介状

令和 年 月 日

_____ 御中

受診者氏名 (歳)

川崎市_____がん検診を実施しましたところ、別紙のと通りの結果を得ました。
_____がんについて、さらに検査が必要と思われますので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、精密検査の結果につきましては、別添の「精密検査結果報告書」にご記入いただき、同封の封筒にて川崎市健康福祉局あてにご提出くださいますようお願いいたします。

診 断

.....
.....
.....
.....

所在地

名 称

医 師

川崎市胃がん内視鏡検診及び精密検査（生検）についての説明ならびに同意書

検査日：令和 年 月 日

◆内視鏡（胃カメラ）検査について

胃内視鏡検査は、内視鏡を用い、食道から胃・十二指腸までを医師の目で直接観察する検査です。最も精度の高い検査法とされ、検査医が必要と判断した場合はその場で生検（病理検査）が出来る利点があります。

◆偶発症について

- 1 内視鏡による粘膜障害、裂傷、穿孔（穴があくこと）
- 2 生検による出血、穿孔
- 3 歯牙損傷
- 4 前処置の薬剤によるアレルギー、鎮痛剤や鎮静剤による呼吸抑制など
- 5 検査前からあった疾患の悪化（症状が出ていなかった疾患も含む）

※全国調査(2010)によると、生検を含む観察のみの検査における偶発症の発生する頻度は、上部消化管内視鏡検査においては約19,900人に1人の割合で起こり、死亡は約53万人に1人の割合と報告されています。

◆前処置について

内視鏡検査を楽に行うため、のどの麻酔や胃の動きを止める注射を行うことがあります。それにより口の渇き、めまい、吐き気、視力障害、頭痛、排尿困難等が起こることがあります。通常、一過性で薬が効かなくなればよくなります。しかし、緑内障や前立腺肥大、不整脈などの心臓の病気、喘息などの肺の病気や症状が悪化、鎮痙剤・鎮静剤による過敏症、鎮静剤による呼吸抑制、また、ごくまれに特異体質によりショックを起こす事があります。薬のアレルギーや体調に異常のある方は検査前にお申し出ください。鎮静剤を使用した場合には、検査終了後は、目の焦点が合わなかったり、眠気を催し事故を起こしたりする恐れがありますので、自動車・バイク・自転車の運転は絶対におやめください。

◆胃内の観察不良の場合について

大量の食事や薬剤が残っているなどで胃内の観察が不良で、胃がん検診として十分な評価が困難な場合、施行医の判断で保険診療に切り替えさせていただくことがあります。

◆胃内視鏡検査における精密検査（生検）について

内視鏡検査中に病変が疑われた場合には、同時に精密検査として生検（病変の組織の一部を内視鏡で採取し検査を行う）を実施することがあります。生検は病変の疑いのあった場合の精密検査ですので、保険診療の対象となります。従いまして市の検診料の自己負担金の他に、保険診療の一部負担金を追加してお支払いいただくことになります。

【胃内視鏡検査を受診されるにあたって】 次の質問に○でお答えください。

- ① 本日、御自身の運転で来院されましたか？〔自動車・バイク・自転車〕（ はい ・ いいえ ）
※お帰りに車（自動車・バイク・自転車）を運転する方には鎮静剤の使用はできません。
- ② 内視鏡検査を受けられたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）
（はい）とお答えの方、以前検査を受けた時に具合が悪くなったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）
- ③ 今までに歯科の麻酔等で具合が悪くなったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）
- ④ 下記の病気はありますか？
☐心臓病 ☐緑内障 ☐前立腺肥大症 ☐高血圧 ☐糖尿病
☐甲状腺機能亢進症 ☐慢性腎不全 ☐気管支喘息
- ⑤ 血液の流れをよくするお薬を飲んでいますか？（ はい ・ いいえ ）
ワーファリン・バファリン・バイアスピリン・プレタール・パナルジン・プラビックス・エパデール
ペルサンチン・アンブラグ・その他（ ）
※血液の流れをよくするお薬（抗凝固剤等）を飲まれている場合は、胃内視鏡検査を受けることができない場合があります。詳しくは、医療機関に御相談ください。

◆その他検査の詳細や御不明な点につきましては、各医療機関で説明を受けてください。

上記について検査の説明を受け、理解しましたので、川崎市胃がん内視鏡検診及び精密検査（生検）の実施につきまして同意いたします。

（鎮静剤を使用する医療機関での受診の場合は、次の鎮静剤の希望の有無も記入してください。）

鎮静剤の使用を（ 希望します ・ 希望しません ）

令和 年 月 日

受診者署名

代筆者署名

（続柄

）受診者の署名がある時は不要

※受診される方の検診情報を検診の精度管理の向上、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。