

要精検者のカウントについて

資料 7 - 2 「胃内視鏡検査区分」 b : 検診時に生検を実施した場合。

様式 6

(2枚複写)
様式6-1 検診機関用
様式6-2 市町村用

胃がん検診(内視鏡検診) 検診票(兼) 結果票

一次読影

所見の部位 (悪性疾患の疑いがある病変をすべてご記入下さい。)		所見の種類		病変	生検	図解
□所見なし				①	(有・無)	生検が「有」
□食道 (上部、中部、下部) □食道胃接合部	□小弯	□隆起 □陥凹	②	(有・無)		
□穹窿部 □噴門部 □体上部	□大弯	□平坦 □白苔	③	(有・無)		
□体中部 □体下部 □胃角部	□前壁	□発赤 □褪色	④	(有・無)		
□前庭部 □幽門部 □球部	□後壁	□出血 □集中				
□下行脚 □その他 ()		□変形 □その他 ()				
ピロリ菌検査	(0 未実施 1 実施)	診断方法および結果 : 1. (陰性・陽性) 2. (陰性)				
胃がんリスク診断	1 ピロリ菌未感染胃粘膜 2 ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜 (A.現感染 B.既感染 C. 現感染、既感染か不明) 1, 2(A,B,C.)のいずれかを必ず記入					
内視鏡診断	1 異常なし 2 萎縮性胃炎 3 胃潰瘍 (A, H, S) 4 十二指腸潰瘍 (A, H, S) 5 鳥肌胃炎 6 胃ポリープ(胃底腺、過形成性) 7 逆流性食道炎 8 粘膜下腫瘍 (部位) 9 術後胃 10 胃腺腫 11 胃がん (分類) 12 食道がん 13 その他()					
判定区分	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変 (疑いも含む)	
コメント						方式 1 経口 2 経鼻
胃がん検診中/後の偶発症の有無 1) なし 2) あり ※2)あり と回答の場合は別紙 偶発症報告書 に記載し提出して下さい。						
検査医療機関および検査医						

生検が「有」

※複数の所見がある場合は、所見の部位および所見の種類欄の □に病変番号(①、②、③など)を記載してください。

※生検を実施した場合は、結果を精密検査依頼書兼結果通知書に記載してください。

※生検を実施した場合は、生検結果を二次読影時に添付して下さい。ただし「判定区分」の4. 胃がん、5. 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)が出た場合は、速やかにご対応下さい。

二次読影

追加病変の部位 (悪性疾患の疑いがある場合にご記入ください。)		追加病変の種類		図解		
□追加病変なし						
□食道 (上部、中部、下部) □食道胃接合部	□小弯	□隆起 □陥凹				
□穹窿部 □噴門部 □体上部	□大弯	□平坦 □白苔				
□体中部 □体下部 □胃角部	□前壁	□発赤 □褪色				
□前庭部 □幽門部 □球部	□後壁	□出血 □集中				
□下行脚 □その他 ()		□変形 □その他 ()				
胃がんリスク診断	1 ピロリ菌未感染胃粘膜 2 ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜 (A.現感染 B.既感染 C. 現感染、既感染か不明) 1, 2(A,B,C.)のいずれかを必ず記入					
内視鏡診断	1 異常なし 2 萎縮性胃炎 3 胃潰瘍 (A, H, S) 4 十二指腸潰瘍 (A, H, S) 5 鳥肌胃炎 6 胃ポリープ(胃底腺、過形成性) 7 逆流性食道炎 8 粘膜下腫瘍 (部位) 9 術後胃 10 胃腺腫 11 胃がん (分類) 12 食道がん 13 その他()					
判定	0 判定困難	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)
	生検の評価 (□不要 □妥当 □追加が必要)			精密検査の必要性 1 あり 2 なし		
コメント						
二次読影医 _____ 読影日 ____年 ____月 ____日 サイン						

※一次読影の所見と異なる場合は、コメント欄に記載してください。(例) コメント:病変①は胃潰瘍癒痕ではなく胃がんを疑う。この場合判定は3. 胃がん疑いとなり、精密検査が必要となります。

※「0 判定困難」と判定した場合は、「精密検査の必要性」を評価委員会に画像を提出してください。

生検の評価がいずれであっても、検診時に生検を実施した場合は、要精検者にカウントする。

要精検者のカウントについて

資料7-2「胃内視鏡検査区分」d：検診時に生検未実施であり、二次読影の判定で精密検査が必要と判断された場合。

様式6 (2枚複写) 様式6-1 検診機関用 様式6-2 市町村用 **胃がん検診(内視鏡検診)検診票(兼)結果票**

一次読影		所見の部位 (悪性疾患の疑いがある病変をすべてご記入下さい。)		所見の種類		病変	生検	図解
<input type="checkbox"/> 所見なし								
<input type="checkbox"/> 食道 (上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部		<input type="checkbox"/> 小弯		<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹		①	(有・無)	生検が「無」
<input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体上部		<input type="checkbox"/> 大弯		<input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔		②	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 胃角部		<input type="checkbox"/> 前壁		<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褪色		③	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部		<input type="checkbox"/> 後壁		<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 集中		④	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 下行脚 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ピロ菌検査	(0 未実施 1 実施)	診断方法および結果：1. (陰性・陽性) 2. (陰性)						
胃がんリスク診断	1 ピロ菌未感染胃粘膜 2 ピロ菌現感染または既感染胃粘膜 (A.現感染 B.既感染 C.現感染、既感染か不明) 1, 2(A,B,C.)のいずれかを必ず記入							
内視鏡診断	1 異常なし 2 萎縮性胃炎 3 胃潰瘍 (A, H, S) 4 十二指腸潰瘍 (A, H, S) 5 鳥肌胃炎 6 胃ポリープ(胃底腺、過形成性) 7 逆流性食道炎 8 粘膜下腫瘍 (部位) 9 術後胃 10 胃腺腫 11 胃がん (分類) 12 食道がん 13 その他()							
判定区分	1 胃がんなし 2 胃がんなし・経過観察または治療が必要 3 胃がん疑い 4 胃がん 5 胃がん以外の悪性病変 (疑いも含む)							
コメント								方式 1 経口 2 経鼻
胃がん検診中/後の偶発症の有無 1) なし 2) あり ※2)あり と回答の場合は別紙 偶発症報告書 に記載し提出して下さい。								
検査医療機関および検査医								

※複数の所見がある場合は、所見の部位および所見の種類欄の に病変番号(①、②、③など)を記載してください。

※生検を実施した場合は、結果を精密検査依頼書兼結果通知書に記載してください。

※生検を実施した場合は、生検結果を二次読影時に添付して下さい。ただし「判定区分」の4. 胃がん、5. 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)が出た場合は、速やかにご対応下さい。

二次読影

追加病変の部位 (悪性疾患の疑いがある場合にご記入ください。)		追加病変の種類		図解		
<input type="checkbox"/> 追加病変なし						
<input type="checkbox"/> 食道 (上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部		<input type="checkbox"/> 小弯		<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹		
<input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体上部		<input type="checkbox"/> 大弯		<input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔		
<input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 胃角部		<input type="checkbox"/> 前壁		<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褪色		
<input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部		<input type="checkbox"/> 後壁		<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 集中		
<input type="checkbox"/> 下行脚 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他 ()		
胃がんリスク診断	1 ピロ菌未感染胃粘膜 2 ピロ菌現感染または既感染胃粘膜 (A.現感染 B.既感染 C.現感染、既感染か不明) 1, 2(A,B,C.)のいずれかを必ず記入					
内視鏡診断	1 異常なし 2 萎縮性胃炎 3 胃潰瘍 (A, H, S) 4 十二指腸潰瘍 (A, H, S) 5 鳥肌胃炎 6 胃ポリープ(胃底腺、過形成性) 7 逆流性食道炎 8 粘膜下腫瘍 (部位) 9 術後胃 10 胃腺腫 11 胃がん (分類) 12 食道がん 13 その他()					
判定	0 判定困難	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)
	生検の評価 (<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 妥当 <input type="checkbox"/> 追加が必要)			精密検査の必要性		あり 2 なし
コメント						
二次読影医		二次読影日 年 月 日 サイン				

※一次読影の所見と異なる場合は、コメント欄に記載してください。(例) コメント:病変①は胃潰瘍ではなく胃がんを疑う。この場合判定は3. 胃がん疑いとなり、精密検査の必要性は「あり」となります。

※「0 判定困難」と判定した場合は、「精密検査の必要性」に「あり」とし、画像評価委員会に画像を提出して下さい。

検診時に生検未実施であるため、生検の評価は記載しない。

精密検査を行う必要があるため、「あり」に記載。

要精検者のカウントについて

資料7-2「胃内視鏡検査区分」c：検診時に生検を実施しているが、二次読影の判定で精密検査が必要と判断された場合。

様式6 (2枚複写) 様式6-1 検診依頼書 様式6-2 印刷用紙 **胃がん検診(内視鏡検診)検診票(兼)結果票**

一次読影		所見の部位 (悪性疾患の疑いがある病変をすべてご記入下さい。)		所見の種類		病変	生検	図解
<input type="checkbox"/> 所見なし								
<input type="checkbox"/> 食道 (上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部		<input type="checkbox"/> 小弯		<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹		①	(有・無)	生検が「有」
<input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体上部		<input type="checkbox"/> 大弯		<input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔		②	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 胃角部		<input type="checkbox"/> 前壁		<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褪色		③	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部		<input type="checkbox"/> 後壁		<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 集中		④	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 下行脚 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ピロリ菌検査	(0 未実施 1 実施)	診断方法および結果：1. (陰性・陽性) 2. (陰性)						
胃がんリスク診断	1 ピロリ菌未感染胃粘膜 2 ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜 (A.現感染 B.既感染 C.現感染、既感染か不明) 1, 2(A,B,C.)のいずれかを必ず記入							
内視鏡診断	1 異常なし		2 萎縮性胃炎		3 胃潰瘍 (A, H, S)			
	4 十二指腸潰瘍 (A, H, S)		5 鳥肌胃炎		6 胃ポリープ(胃底腺、過形成性)			
	7 逆流性食道炎		8 粘膜下腫瘍 (部位)		9 術後胃			
	10 胃腺腫		11 胃がん (分類)		12 食道がん			
	13 その他 ()							
判定区分	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変 (疑いも含む)			
コメント								方式 1 経口 2 経鼻
胃がん検診中/後の偶発症の有無 1) なし 2) あり ※2)あり と回答の場合は別紙 偶発症報告書 に記載し提出して下さい。								
検査医療機関および検査医								



※複数の所見がある場合は、所見の部位および所見の種類欄の に病変番号(①、②、③など)を記載してください。

※生検を実施した場合は、結果を精密検査依頼書兼結果通知書に記載してください。

※生検を実施した場合は、生検結果を二次読影時に添付して下さい。ただし「判定区分」の4. 胃がん、5. 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)が出た場合は、速やかにご対応下さい。

二次読影

追加病変の部位 (悪性疾患の疑いがある場合にご記入ください。)		追加病変の種類		図解		
<input type="checkbox"/> 追加病変なし						
<input type="checkbox"/> 食道 (上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部		<input type="checkbox"/> 小弯		<input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹		
<input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体上部		<input type="checkbox"/> 大弯		<input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔		
<input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 胃角部		<input type="checkbox"/> 前壁		<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褪色		
<input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部		<input type="checkbox"/> 後壁		<input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 集中		
<input type="checkbox"/> 下行脚 <input type="checkbox"/> その他 ()				<input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他 ()		
胃がんリスク診断	1 ピロリ菌未感染胃粘膜 2 ピロリ菌現感染または既感染胃粘膜 (A.現感染 B.既感染 C.現感染、既感染か不明) 1, 2(A,B,C.)のいずれかを必ず記入					
内視鏡診断	1 異常なし		2 萎縮性胃炎		3 胃潰瘍 (A, H, S)	
	4 十二指腸潰瘍 (A, H, S)		5 鳥肌胃炎		6 胃ポリープ(胃底腺、過形成性)	
	7 逆流性食道炎		8 粘膜下腫瘍 (部位)		9 術後胃	
	10 胃腺腫		11 胃がん (分類)		12 食道がん	
	13 その他 ()					
判定	0 判定困難	1 胃がんなし	2 胃がんなし・経過観察または治療が必要	3 胃がん疑い	4 胃がん	5 胃がん以外の悪性病変(疑いも含む)
	生検の評価 (<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 妥当 <input checked="" type="checkbox"/> 追加が必要)			精密検査の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし		
コメント						
二次読影医		二次読影日 年 月 日 サイン				

※一次読影の所見と異なる場合は、コメント欄に記載してください。(例) コメント:病変①は胃潰瘍ではなく胃がんを疑う。この場合判定は3. 胃がん疑いとなり、精密検査の必要性は「あり」となります。

※「0 判定困難」と判定した場合は、「精密検査の必要性」を「あり」とし、画像評価委員会に画像を提出して下さい。

検診時に生検を実施しているが、追加で生検が必要。

精密検査を行う必要があるため、「あり」が記載される。