

日本語の検診記録票への記載の際にご活用ください。

宇都宮市 胃癌筛查记录票

费用类别	1	一般				3	免除			筛查日期	年				月		日	
受诊券号码									2									

住所	宇都宮市	姓	(片假名注音)										1	男	2	女
	电话号码 ()		-----													
		名	1	2	3			年			月			日生	岁	
			明治	大正	昭和											

请阅读背面内容后，回答以下问题。（请在对应事项中填写或圈选“○”）

同意书	○本人已充分理解胃癌筛查的目的等内容，并同意接受胃癌筛查。 (检查方法： 1. X线直接摄影 2. 胃镜检查) 姓 名 (签名)														
	○如果在内镜检查中发现病变，是否同意当场进行胃组织活检？ (此项将按医保标准结算，会产生个人自理费用。) 1. 是 2. 否														
问诊 · 既往史 · 现病史 · 诊	既往史 · 现病史 · 诊	您以前患过胃癌吗？	没有		有		(年 岁)								
		您至今为止做过外科手术吗？	没有		有		1. 胃·十二指肠手术 2. 胆囊手术 3. 胰腺手术 4. 鼻腔手术 5. 其他手术								
		您目前是否因胃部疾病（如胃溃疡等）正在接受治疗？	否		是		1. 胃溃疡 2. 十二指肠溃疡 3. 胃息肉 4. 其他								
		您目前是否有以下自觉症状？	1	没有	2	有	1. 体重减轻 2. 食欲不振 3. 腹痛 4. 烧心 5. 打嗝 6. 胃部下坠感 7. 吞咽困难 8. 其他								
		您目前是否正在接受以下疾病的治疗？	否		是		1. 高血血压 2. 青光眼 3. 心脏病 4. 前列腺肥大 5. 甲状腺功能亢进症 6. 糖尿病 7. 哮喘 8. 其他								
		您目前是否有以下疾病？	没有		有		1. 心脏病（如心绞痛、心律失常等） 2. 副鼻窦炎 3. 鼻息肉 4. 过敏性鼻炎 5. 其他								
		您目前正在服用抗血栓药物（如华法林、拜阿司匹林等）吗？	否		是		(药物名称：)								
	您是否有药物过敏史？	没有		有		(药物名称：)									
	生活习惯	您吸烟吗？	不吸烟		吸烟		1. 目前正在吸烟 2. 过去吸烟，现已戒烟								
		您是否配戴假牙？	否		是										
您在牙科治疗中曾使用过麻醉剂吗？		没有		有		1. 曾出现过不良反应 2. 没有问题									
筛查	您的家族中有人患过胃癌吗？	没有		有		1. 亲生父母 2. 配偶 3. 子女 4. 兄弟/姐妹 5. 祖父母									

	就 诊 史 等	您以前接受过胃癌筛查吗？	没有	有	请提供关于最近一次检查的信息。 1. 您是在哪里接受检查的？ （市区町村 工作单位 综合体检 其他） 2. 检查方法 （X线检查 胃镜检查 血液检查（胃蛋白酶原检测、幽门螺杆菌检测）） 3. 检查时间（ 年 岁）
		您接受过幽门螺杆菌检测吗？	没有	有	请提供检查结果的信息。 1. 阴性 2. 阳性（已接受根除治疗 · 未接受治疗） 3. 不详

※医疗机构填写栏

血压值	mmHg	特记事项	
-----	------	------	--

筛 查 结 果	1	未见胃癌	①	检查所见：无慢性胃炎。
			②	检查所见：有慢性胃炎。
			目前未见胃癌或疑似胃癌的病变所见。 即使是接受过幽门螺杆菌根除治疗的人，仍有可能发生胃癌。 建议您今后继续定期接受胃癌筛查。	
	2	需精密检查 复查	本次检查中发现需要做精密检查或复查的病变。 因需要再次进行检查，请前往医疗机构就诊。	
	3	需治疗	本次检查中发现需要接受医学治疗的病变。 因需要接受治疗，请前往医疗机构就诊。	
4	其他			

医 疗 机 构 名 称 及 医 生 姓 名	
-----------------------------	--