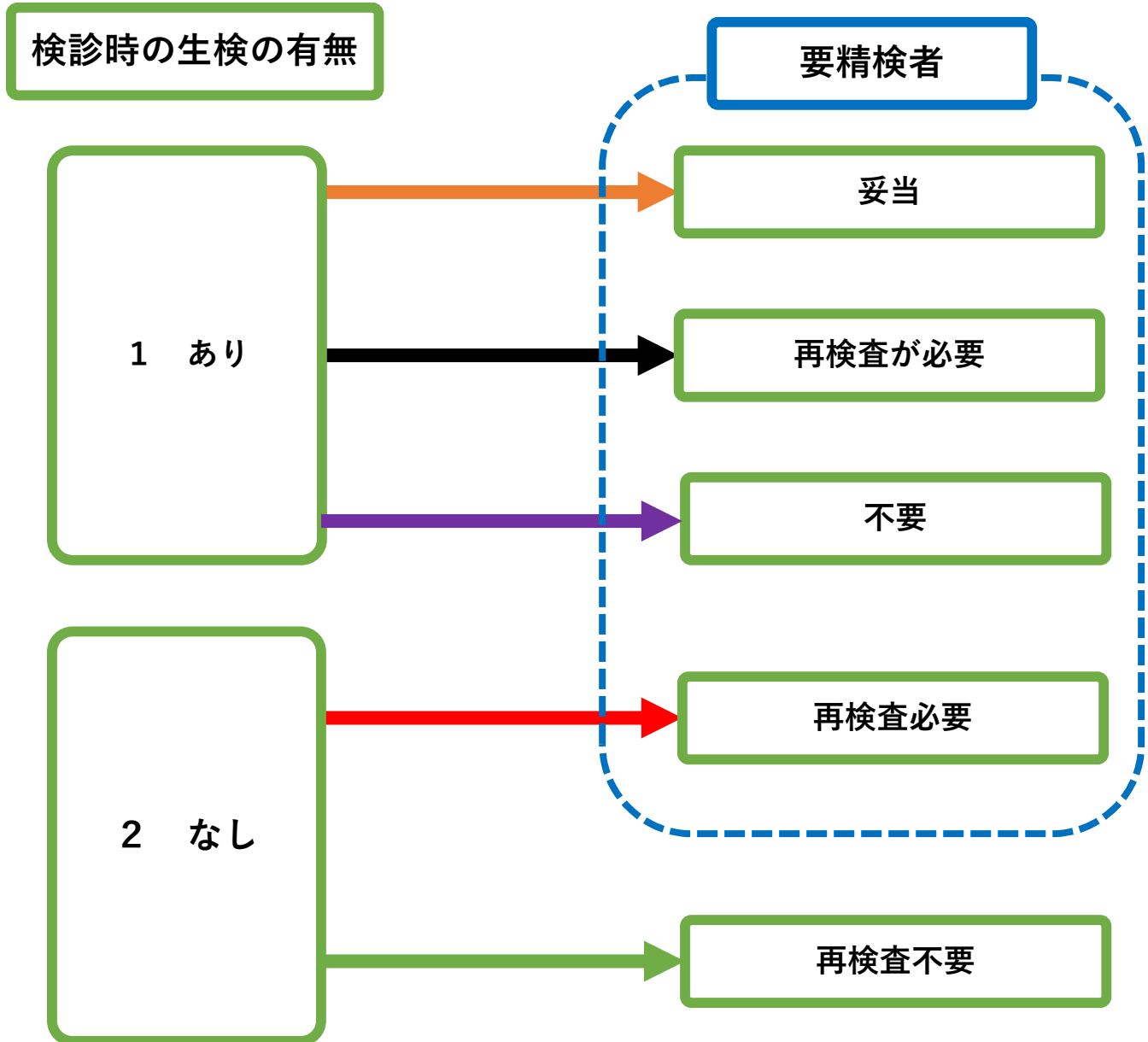


胃がん検診（胃内視鏡検診） 二次読影の判定の考え方



精密検査が必要であり、検診で適切な生検が実施されている

精密検査が必要であり、検診で生検が実施されているが追加が必要

精密検査が不要であるにもかかわらず、検診で生検が実施されている

精密検査が必要であるが検診で生検が実施されていないため追加が必要

胃がん検診(内視鏡検診)検診票(兼)結果票

改正案

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				①	(有・無)	
<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	②	(有・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	③	(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	④	(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			
<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・陽性)			
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、既感染かは不明) 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) がでた場合は、速やかに対応ください。

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、既感染かは不明) 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	検診時の生検の有無 1 あり 2 なし			コメント		
	生検 実施ありの場合 1 妥当 2 再検査が必要 3 不要					
	生検 実施なしの場合 1 再検査必要 2 再検査不要					
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)	
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、コメント欄に内容を記載してください。(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:1あり」とし、画像評価委員会に画像を提出してください。

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				①	(有・無)	
<input type="checkbox"/> 食道 (上部、中部、下部) <input type="checkbox"/> 食道胃接合部 <input type="checkbox"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体上部 <input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部 <input type="checkbox"/> 下行脚 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褪色 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 集中 <input type="checkbox"/> 変形 <input type="checkbox"/> その他 ()		②	(有・無)	
				③	(有・無)	
				④	(有・無)	
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・陽性)		
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、既感染かは不明) 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)	
判定区分	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 ()					
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) がでた場合は速やかにご対応ください。

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"/> 穹窿部 <input type="checkbox"/> 噴門部 <input type="checkbox"/> 体上部 <input type="checkbox"/> 体中部 <input type="checkbox"/> 体下部 <input type="checkbox"/> 胃角部 <input type="checkbox"/> 前庭部 <input type="checkbox"/> 幽門部 <input type="checkbox"/> 球部 <input type="checkbox"/> 下行脚 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 小弯 <input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 大弯 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 前壁 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褪色 <input type="checkbox"/> 後壁 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 集中 <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、既感染かは不明) 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)	
判定	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 ()					
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
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		1 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、コメント欄に内容を記載してください。(例) コメント:病変①は胃潰瘍痕跡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:1あり」とし、画像評価委員会に画像を提出してください。