

改正後	現行
<p data-bbox="331 209 969 240">奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施要領</p> <p data-bbox="219 288 275 320">（略）</p> <p data-bbox="208 368 421 400">10. 検診方法</p> <p data-bbox="219 440 275 472">（略）</p> <p data-bbox="253 520 387 552">（7）報告</p> <p data-bbox="264 560 1106 855">市町村は検診結果を、胃がん検診（胃内視鏡検診）受付名簿（兼）結果名簿（様式4）、また、精検対象者にあつては、胃がん検診（胃内視鏡検診）要精検者名簿（様式12）の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。なお、要精検と判断されるのは、「生検あり」と<u>「生検なし」のうち「再検査必要」</u>である。</p> <p data-bbox="264 863 1106 1015">県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。</p> <p data-bbox="219 1062 275 1094">（略）</p> <p data-bbox="230 1142 320 1174">（附則）</p> <p data-bbox="230 1182 1014 1214">この改正後の要領は、令和4年4月1日より施行する。</p> <p data-bbox="219 1222 320 1254"><u>（附則）</u></p> <p data-bbox="230 1262 1014 1294"><u>この改正後の要領は、令和6年4月1日より施行する。</u></p>	<p data-bbox="1265 209 1904 240">奈良県胃がん検診（胃内視鏡検診）実施要領</p> <p data-bbox="1160 288 1216 320">（略）</p> <p data-bbox="1149 368 1361 400">10. 検診方法</p> <p data-bbox="1160 440 1216 472">（略）</p> <p data-bbox="1193 520 1328 552">（7）報告</p> <p data-bbox="1205 560 2047 855">市町村は検診結果を、胃がん検診（胃内視鏡検診）受付名簿（兼）結果名簿（様式4）、また、精検対象者にあつては、胃がん検診（胃内視鏡検診）要精検者名簿（様式12）の結果に基づいて、市町村がん検診結果報告書総括表様式を作成して、毎年6月末日までに速報値を、12月末までに確定値を管轄保健所に報告するものとする（中核市は県疾病対策課に報告）。なお、要精検と判断されるのは、「生検あり」と<u>「精密検査の必要性あり」</u>である。</p> <p data-bbox="1205 863 2047 1015">県保健所は、管内市町村の市町村がん検診結果報告書総括表様式のデータを取りまとめ、毎年7月末までに速報値を、1月末までに確定値を県疾病対策課に提出するものとする。</p> <p data-bbox="1160 1062 1216 1094">（略）</p> <p data-bbox="1171 1142 1261 1174">（附則）</p> <p data-bbox="1171 1182 1955 1214">この改正後の要領は、令和4年4月1日より施行する。</p>

様式6

様式6 (2枚複写)
様式6-1検査依頼用
様式6-2印刷用

胃がん検診(内視鏡検診)検診票(兼)結果票

一次脱影

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)	
<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・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、生検結果を二次脱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) が当てはまる場合は、速やかにご対応ください。

二次脱影

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"/> 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"/> 小弯	<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"/> 大弯	<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"/> 前壁	<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"/> 後壁	<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)	
二次脱影医		二次脱影日		年 月 日	サイン	

※一次脱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。
※「0 判定困難」と判定した場合は、画像評価委員会に画像を提出してください。

様式6

様式6 (2枚複写)
様式6-1検査依頼用
様式6-2印刷用

胃がん検診(内視鏡検診)検診票(兼)結果票

一次脱影

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)	
<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・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、生検結果を二次脱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) が当てはまる場合は、速やかにご対応ください。

二次脱影

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"/> 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"/> 小弯	<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"/> 大弯	<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"/> 前壁	<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"/> 後壁	<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	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		1 あり	2 なし	
コメント							
二次脱影医		二次脱影日		年 月 日	サイン		

※一次脱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。(但し)コメント・病変は「精密検査」ではなく「胃がん検診」の場合相違は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。