

令和7年度 胃がん(バリウム)検診受診票

備前市

|      |     |   |   |    |                  |   |
|------|-----|---|---|----|------------------|---|
| 住 所  | 備前市 |   |   | 性別 | 男 ・ 女            |   |
| フリガナ |     |   |   | 電話 |                  |   |
| 氏 名  |     |   |   | 番号 |                  |   |
| 生年月日 | 昭   | 年 | 月 | 日  | 令和8年4月1日<br>時点年齢 | 歳 |

|     |   |   |   |      |       |             |
|-----|---|---|---|------|-------|-------------|
| 受診日 | 年 | 月 | 日 | 受付番号 | コード番号 | 69歳以下で後・障・自 |
|     |   |   |   |      |       | 生活保護受給      |

▼下記太枠内をよく読み記入してください。裏面もご参照ください。

|                                                                            |                                                                                         |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.裏面の注意事項は確認しましたか？                                                         | は い ・ いいえ                                                                               | [ご署名] |
| 2.検査前の食事や水分を摂取した時間はいつ頃ですか                                                  | ①夕食( 時頃) ②最後に水分を摂取した時間(午前・午後 時頃 cc)<br>※今朝、食事をされた方は受診できません。                             |       |
| 3.過去3年以内に胃のX線(バリウム)検査を受診したことがありますか                                         | な し ・ あ り ( 年)                                                                          |       |
| ●「あり」の方のみお答えください。<br>検査の後に何か(右記の)症状がありましたか？<br>※症状があった方はバリウム検査を受診しないでください。 | な し ・ あ り ①強い吐き気、腹痛<br>②じんま疹及び発疹、口唇のはれ<br>③気分不良、顔色が青白くなる、手足が冷たくなる、喉がつまる、息苦しい<br>④その他( ) |       |
| 4.今までに薬や食物で、アレルギー症状を起こしたことがありますか                                           | な し ・ あ り 具体的に( )                                                                       |       |
| 5.今までに胃腸の病気にかかったことがありますか                                                   | な し ・ あ り 胃・十二指腸潰瘍／胃・大腸ポリープ／慢性・急性胃炎／虫垂炎(盲腸)胃がん／胃下垂／その他( )                               |       |
| 6.胸・腹部や整形外科の手術を受けたことがありますか                                                 | な し ・ あ り 病名( ) 時期( 年前)                                                                 |       |
| 7.胃の調子はどうですか                                                               | よ い ・ わ る い いつも・時々・まれに<br>(胃の痛み[食後・空腹時・食事に関係なし]・胸やけ・げっぷ・胃もたれ・吐きけ・食欲がない)                 |       |
| 8.食事や水でむせることがありますか                                                         | な し ・ あ り ※「あり」の場合、誤嚥性肺炎の恐れがありますのでバリウム検査はおすすめしません。                                      |       |
| 9.ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか？                                                     | な し ・ あ り 時期( 年) 除菌に 成功 ・ 失敗 ・ 不明                                                       |       |
| 10.腸閉塞や腸ねん転、大腸憩室炎などの既往歴がありますか                                              | な し ・ あ り                                                                               |       |
| 11.腎臓病・心臓病などで水分制限を受けていますか                                                  | な し ・ あ り                                                                               |       |
| 12.血縁に胃がんになった人                                                             | な し ・ あ り (祖父母・父・母・兄弟・姉妹・子ども・おじ・おば)                                                     |       |
| 13.慢性的な便秘はありますか                                                            | な し ・ あ り (検査当日までに 日間便通がない)                                                             |       |
| 14.普段の血圧が180/110mmHgより高いですか                                                | は い ・ いいえ                                                                               |       |

|                                                       |      |                              |                              |                               |                                |                                 |                                 |                                |                                   |                              |
|-------------------------------------------------------|------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 【医師記入欄】 (フィルム番号 ) (読影医 ) ※検診結果は、備前市保健事業以外の目的には使用しません。 |      |                              |                              |                               |                                |                                 |                                 |                                |                                   |                              |
| Dr.1                                                  | Dr.2 | 所見の部位                        | 所見の出現部位                      | ア)所見の種類                       | イ)所見の種類                        | 所 見                             |                                 |                                |                                   |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> 噴門部 | <input type="checkbox"/> 小 彎 | <input type="checkbox"/> レリーフ | <input type="checkbox"/> 小彎短縮  | <input type="checkbox"/> ニッシェ   | <input type="checkbox"/> NB     | <input type="checkbox"/> 隆起性病変 |                                   |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> 体 部 | <input type="checkbox"/> 後 壁 | <input type="checkbox"/> 腹臥位  | <input type="checkbox"/> 確 実   | <input type="checkbox"/> 瀑状     | <input type="checkbox"/> 辺縁不整   | <input type="checkbox"/> GC    | <input type="checkbox"/> 陥凹性病変    |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> 胃角部 | <input type="checkbox"/> 大 彎 | <input type="checkbox"/> 背臥位  | <input type="checkbox"/> 確 実   | <input type="checkbox"/> 渦牛殻翻転  | <input type="checkbox"/> フレッケ   | <input type="checkbox"/> GU    | <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> 前庭部 | <input type="checkbox"/> 前 壁 | <input type="checkbox"/> 正 面  | <input type="checkbox"/> 不 確 実 | <input type="checkbox"/> 軸捻(囊状) | <input type="checkbox"/> 欠損様    | <input type="checkbox"/> GP    | <input type="checkbox"/> その他      |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> 幽門部 |                              | <input type="checkbox"/> 第一斜位 |                                | <input type="checkbox"/> 彎入     | <input type="checkbox"/> 粗大レリーフ | <input type="checkbox"/> GS    | [ ]                               |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> 球 部 |                              | <input type="checkbox"/> 第二斜位 |                                | <input type="checkbox"/> 下垂     | <input type="checkbox"/> レリーフ乱れ | <input type="checkbox"/> GI    |                                   |                              |
|                                                       |      | <input type="checkbox"/> その他 |                              | <input type="checkbox"/> 右側臥位 |                                | <input type="checkbox"/> 球部変形   | <input type="checkbox"/> 辺縁強直   | <input type="checkbox"/> DU    |                                   |                              |
|                                                       |      |                              |                              | <input type="checkbox"/> その他  |                                | <input type="checkbox"/> その他    | <input type="checkbox"/> その他    | <input type="checkbox"/> DS    |                                   |                              |
|                                                       |      | 指導区分                         |                              | <input type="checkbox"/> 異常なし | <input type="checkbox"/> 放置可   | <input type="checkbox"/> 経過観察   | <input type="checkbox"/> 要治療    | <input type="checkbox"/> 要精検   |                                   | <input type="checkbox"/> 再検査 |
|                                                       |      |                              |                              |                               |                                |                                 |                                 |                                |                                   |                              |

領収書(控え) 胃がん検診負担金を領収しました。 備前市 会計管理者

令和7年度 備前市 胃がん検診 領収証 (集団検診用)

様

左記の胃がん検診負担金を領収しました。

〈検診料金〉

- 40歳～69歳 2,100円
- 70歳以上 700円

備前市東片上126番地  
TEL 0869-64-1820  
備前市 会計管理者  
この領収証は収納機関の受入日付印の  
押印によって効力を生じます。

|       |
|-------|
| 領 収 印 |
|       |

# 令和7年度 胃がん(バリウム)検診

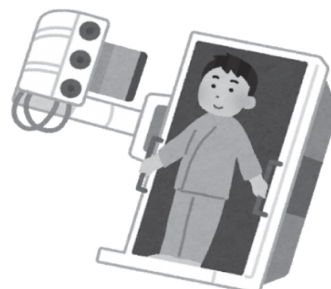
対象者●40歳以上(令和8年4月1日時点)  
※昭和61年4月1日以前生まれ

料 金●40歳～69歳 2,100円  
70歳以上 700円

※75歳以上の方は医療機関での胃内視鏡検査受診をお勧めします。

持参品●受診票、検診料金

内 容●バリウム液を飲み、色々な角度でX線撮影をします。



## 胃がん(バリウム)検診についての注意事項

【下記の項目に該当がないか確認してください。】

●該当する項目がある方は、医療機関での内視鏡検査(胃カメラ)の受診をおすすめします。

| 項 目(該当状態)             | 理 由                                  |
|-----------------------|--------------------------------------|
| ●検査当日まで3日以上排便のない方     | 腸にバリウムが詰まる恐れがあり、場合によっては手術をする可能性があります |
| ●過去の検診でバリウムが出にくかった方   |                                      |
| ●1年以内に腹部の手術をされた方      |                                      |
| ●3か月以内に大腸ポリープを切除された方  |                                      |
| ●腸捻転・腸閉塞の既往がある方       | 撮影しても診断がつきにくい                        |
| ●胃切除の手術をされた方          |                                      |
| ●嚥下(飲み込み)が難しい方        | 誤嚥性肺炎の恐れがあるため                        |
| ●高血圧(180/110mmHg以上)の方 | 合併症を引き起こす恐れがあるため                     |
| ●腎臓病・心臓病等で水分制限のある方    | バリウム排出の困難が予想されるため                    |
| ●起立や体位変換、息止めのできない方    | 正確な撮影ができない恐れがあるため                    |
| ●手足に力の入りにくい方          | 診察台から転落し、負傷する危険があるため                 |
| ●妊娠中、妊娠の疑いのある方        | 胎児に悪影響をあたえる恐れがあるため                   |
| ●体重130kg以上の方          | 診察台の耐荷重のため                           |
| ●インスリンポンプを使用中の方       | 磁気の影響を受ける可能性があるため                    |

※腹部・整形外科の手術をされた方は、かかりつけ医にご相談されることをおすすめします。

## 【受診時の注意事項】

### 飲食について

●食事は前日の21時まで、お茶や水は23時までとし、それ以降は何も口にしないでください。ただし、脱水症状が心配な場合は、受付2時間前までに、200cc程度の水(白湯)であればお飲みいただけます。水(白湯)以外は禁止です。

●検査当日の朝は絶食し、タバコも吸わないでください。

### 内服薬について

- 高血圧や心臓病の内服薬は、検査2時間前までに200cc程度の水(白湯)で内服してください。
- 検査当日の朝は低血糖の恐れがあるため、糖尿病内服薬やインスリンを使用しないでください。
- 上記以外の内服薬についてはかかりつけ医にご相談ください。

### 服装について

- 上下ともボタン、金具(ベルト・ファスナー・ホック)のついていない、無地のTシャツかトレーナーでお受けください。
- 磁気治療具、ネックレス、腹巻、コルセット等は外してください。

## 【検査後の注意事項】

●終了後は、下剤を服用し、いつもより水分を多めにとり、バリウムが排泄されたことをご確認ください。