

秋田県胃がん検診実施要領 一部改正案 新旧対照表

改正案	現行
<p>1 目的 胃がんによる死亡は、我が県におけるがん死亡の中でも<u>上位を占め</u>、これを早期に発見し、早期に治療することは、がんの予防対策上、重要な課題である。</p> <p>2 略</p> <p>3 対象者 検診の対象者は、<u>50歳以上の住民とする。</u> <u>ただし、胃部エックス線検査については、当分の間、40歳以上の者を対象としても差し支えない。</u></p> <p>4 略</p> <p>5 実施回数 同一人について<u>2年に1回</u>行うものとする。 <u>ただし、当分の間、胃部エックス線検査に関しては年1回実施しても差し支えない。</u> <u>なお、放射線被曝線量の見地から妊娠を望む者又は妊娠中の者は、受診させないものとする。</u></p> <p>6～7 略</p> <p>8 検診の準備 (1) 検診の準備 市町村は、事前に受付、問診介助等、検診に従事する者の任務等について検診機関等と十分に打合わせ、検診が円滑に実施されるよう配慮するものとする。 また、胃がん検診受診票（様式例1 <u>又は様式例1－2</u>）、胃がん一次検診連名台帳（様式例2）及び胃がん二次検診連名台帳（様式例3）を準備する。 (2) 略</p>	<p>1 目的 胃がんによる死亡は、我が県におけるがん死亡の中でも<u>最も多く</u>、これを早期に発見し、早期に治療することは、がんの予防対策上、重要な課題である。</p> <p>2 略</p> <p>3 対象者 検診の対象者は<u>原則として、40歳以上の住民とする。</u></p> <p>4 略</p> <p>5 実施回数 同一人について年<u> </u>1回行うものとする。</p> <p>6～7 略</p> <p>8 検診の準備 (1) 検診の準備 市町村は、事前に受付、問診介助等、検診に従事する者の任務等について検診機関等と十分に打合わせ、検診が円滑に実施されるよう配慮するものとする。 また、胃がん検診受診票（様式例1 <u> </u>）、胃がん一次検診連名台帳（様式例2）及び胃がん二次検診連名台帳（様式例3）を準備する。 (2) 略</p>

改正案	現行
<p>9 検診の方法</p> <p>検診項目は問診に加え、<u>胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。市町村は、胃部エックス線検査及び胃内視鏡検査を併せて提供しても差し支えないが、この場合、受診者は、胃部内視鏡検査又は胃内視鏡検査のいずれかを選択するものとする。</u></p> <p>(1) 略</p> <p>(2) ①胃部エックス線検査 ア～オ 略 カ <u>検診実施後のフィルムの現象等の処理は原則として検診当日に行うものとする。</u> キ <u>検診フィルム及びモニターの読影は、原則として十分な経験を有する2人以上の医師のダブルチェック方式によるものとする。(日本消化器がん検診学会の認定医を含むことが望ましい。)</u> ク <u>デジタル撮影の読影は、レーザー・イメージャーによるハードコピーか、1Mの撮影装置では1M以上の画素数のディスプレイを、4Mの撮影装置では3M以上の画素数のディスプレイを用いることが望ましい。</u></p> <p>②胃内視鏡検査 <u>胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015年度版」を参考とすること。</u></p>	<p>9 検診の方法</p> <p>検診項目は問診及び胃部エックス線撮影と する。 _____ _____</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 胃部エックス線撮影 ア～オ 略 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p> <p>10 フィルムの処理及び読影</p> <p>ア <u>検診実施後のフィルムの現象等の処理は原則として検診当日に行うものとする。</u></p> <p>イ <u>検診フィルム及びモニターの読影は、原則として十分な経験を有する2人以上の医師のダブルチェック方式によるものとする。(日本消化器がん検診学会の認定医を含むことが望ましい。)</u></p> <p>ウ <u>デジタル撮影の読影は、レーザー・イメージャーによるハードコピーか、1Mの撮影装置では1M以上の画素数のディスプレイを、4Mの撮影装置では3M以上の画素数のディスプレイを用いることが望ましい。</u></p> <p>エ <u>検診実施機関は、胃部エックス線写真を少なくとも3年間保存しな</u></p>

10 略

11 事後処理

(1)・(2) 略

(3) 検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならないものとする。

12 検診結果報告

検診実施機関は、当該年度の胃がん検診の実施結果を取りまとめ、胃がん検診集計表（様式例7）により、翌々年度の6月30日まで県健康福祉部健康推進課がん対策室及び秋田県医師会消化器がん検診中央委員会に報告するものとする。

なければならないものとする。

11 略

12 事後処理

(1)・(2) 略

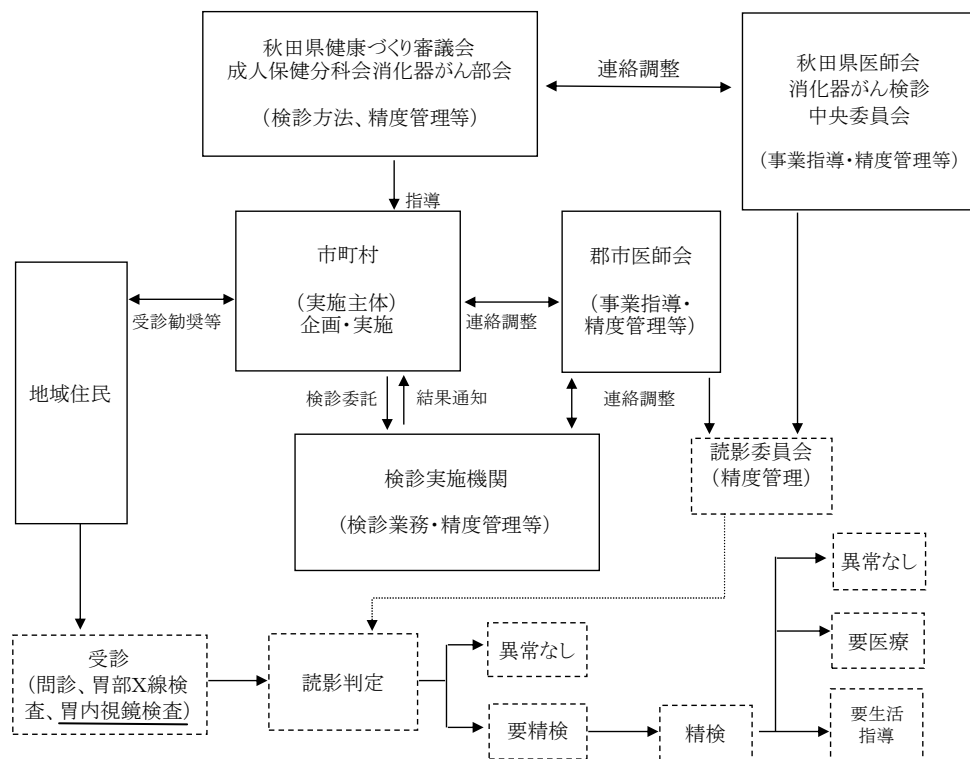
13 検診結果報告

検診実施機関は、当該年度の胃がん検診の実施結果を取りまとめ、胃がん検診集計表（様式例7）により、翌々年度の6月30日まで県健康福祉部健康推進課_____及び秋田県医師会消化器がん検診中央委員会に報告するものとする。

改正案

図1

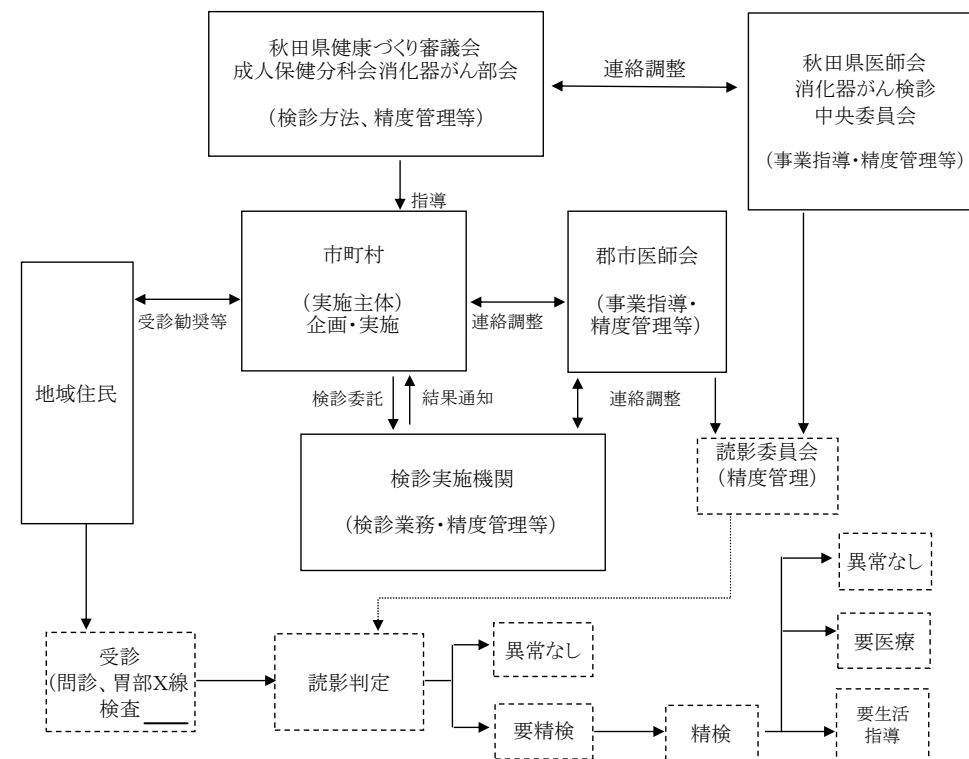
胃がん検診フローチャート



現行

図1

胃がん検診フローチャート



改正案

様式例1

胃がん検診受診票 (X線検査用)

(フリガナ)		実施主体名	
氏名		受診年月日 H. 年 月 日	
住所		個人番号	
生年月日 M. T. S 年 月 日生(才)		受診番号	
性別	1. 男 2. 女	世帯主	備考
電話番号		職業	一連番号

既往歴	胃の病気ににかかったことがありますか。	1. ない 2. ある	胃がん (年頃・治療中) 手術※ (有・無)
			胃ポリープ (年頃・治療中) 手術※ (有・無)
			胃潰瘍 (年頃・治療中) 手術 (有・無)
			十二指腸潰瘍 (年頃・治療中) 手術 (有・無)
家族歴	その他腹部の手術をしたことは。	1. ない 2. ある 病名()	
	血のつながりのある人で、胃がんになった方はいますか。	1. いない 2. 祖父母 3. 父母 4. 兄弟姉妹 5. 子供	
最近(一ヵ月以内)の状態	胃の具合はいかがですか。	1. なんともない 2. 悪い 3. おも苦しい 4. 痛む 5. はきけや吐くことがある 6. その他()	
	やせてきましたか。	1. やせない 2. やせた	
	食欲はありますか。	1. ない 2. ある	
	ものがつかえる感じはしますか。	1. しない 2. する(のど・むね・みずおち)	
検診歴等	・前に胃の検診を受診した事がありますか。受診した年に○をしてください。	1 5年前 2 4年前 3 3年前 4 2年前 5 前年 6 初回 () () () () () ()	
	・ピロリ菌の除菌治療を受けた事がありますか。	1 いいえ 2 はい⇒平成()年 () ()	

※ “手術”には、内視鏡を使った治療も含めます。

※※ 本検診及び精密検査に関する個人情報は市町村において検査の精度管理を目的に利用します。

現行

様式例1

胃がん検診受診票 _____

(フリガナ)		実施主体名	
氏名		受診年月日 H. 年 月 日	
住所		個人番号	
生年月日 M. T. S 年 月 日生(才)		受診番号	
性別	1. 男 2. 女	世帯主	備考
電話番号		職業	一連番号

既往歴	胃の病気ににかかったことがありますか。	1. ない 2. ある	胃がん (年頃・治療中) 手術※ (有・無)
			胃ポリープ (年頃・治療中) 手術※ (有・無)
			胃潰瘍 (年頃・治療中) 手術 (有・無)
			十二指腸潰瘍 (年頃・治療中) 手術 (有・無)
家族歴	その他腹部の手術をしたことは。	1. ない 2. ある 病名()	
	血のつながりのある人で、胃がんになった方はいますか。	1. いない 2. 祖父母 3. 父母 4. 兄弟姉妹 5. 子供	
最近(一ヵ月以内)の状態	胃の具合はいかがですか。	1. なんともない 2. 悪い 3. おも苦しい 4. 痛む 5. はきけや吐くことがある 6. その他()	
	やせてきましたか。	1. やせない 2. やせた	
	食欲はありますか。	1. ない 2. ある	
	ものがつかえる感じはしますか。	1. しない 2. する(のど・むね・みずおち)	
検診歴等	・前に胃の検診を受診した事がありますか。受診した年に○をしてください。	1 5年前 2 4年前 3 3年前 4 2年前 5 前年 6 初回 () () () () () ()	
	・ピロリ菌の除菌治療を受けた事がありますか。	1 いいえ 2 はい⇒平成()年 () ()	

※ “手術”には、内視鏡を使った治療も含めます。

※※ 本検診及び精密検査に関する個人情報は市町村において検査の精度管理を目的に利用します。

改正案

現行

様式例1-2

胃がん検診受診票(内視鏡用)

(フリガナ)		実施主体名	
氏名		受診年月日 H. 年 月 日	
住所		個人番号	
生年月日 M. T. S 年 月 日生(才)		受診番号	
性別	1. 男 2. 女	備考	
電話番号	職業	一連番号	

1. 胃がんにかかったことはありますか。
はい(年、 歳) いいえ わからない

2. 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療をしていますか。 はい いいえ

3. ビロリ菌の除菌を受けたことがありますか。
はい(年、 歳) いいえ わからない

4. 薬剤アレルギーはありますか。
はい(薬の種類:) いいえ わからない

5. 現在、高血圧の治療を受けていますか。
はい いいえ わからない

6. 現在、抗血栓薬(ワルファリン、バファリンなど)を服用していますか。
はい(薬の種類:) いいえ わからない

7. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。
はい いいえ わからない

8. 入れ歯をいれていますか。 はい いいえ

9. 下記の病気で治療を受けていますか。
なし 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症 心疾患

10. 下記の鼻の病気をしたことがありますか。
なし 副鼻腔炎 鼻茸 アレルギー性鼻炎

11. 歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。
はい いいえ わからない
はい いいえ わからない
 ↳ 歯の治療の麻酔を使った時に、何か問題はありましたか。
はい いいえ わからない

12. 鼻腔の手術をしたことがありますか。 はい いいえ わからない

13. タバコは吸いますか。
現在、吸っている 過去に吸っていたが、やめた 吸っていない

14. 家族に胃がんにかかった人はいますか。
はい(父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母) いいえ わからない

15. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。 はい いいえ わからない

16. 胃がん検診を受けたことがある方は、もっとも最近の検査についてお知らせください。
 1) どちらで受けましたか。
市町村 職場 人間ドック その他()

2) 検査の方法
胃X線検査 胃内視鏡検査 血液検査(ペプシノゲン検査、ビロリ菌検査)

3) 検診の時期: _____年、_____歳

※ 本検診及び精密検査に関する個人情報は市町村において検査の精度管理を目的に利用します。

(新規)

改正案

様式例4

胃がん検診結果通知書

実施主体名				一連番号			レ線番号		
ふりがな 氏名	年齢	才	生年月日	M T S	年 月 日	性別	男・女		
受診者住所 (できるだけ詳しく)									
世帯番号				世帯主名			TEL		

※ 先日あなたが受診されました胃がん検診の結果は下記のとおりです。(該当に○をつけています。)

1 今回の検診で異常は認められません。

自覚症状がなくとも、定期的に検診をうけるようにしてください。

2 今回の検診で異常の疑いがあります。

医師あての紹介状をもらって専門の病(医)院で精密検査を受けてください。

検査の際に食事等の制限がありますので、予約時に医療機関におたずねください。

3 ()の所見が見られます。

腹痛等の症状がありましたら医師に見てもらってください。

◆ 医師へのお願い

このかたは、胃の検診(間接撮影 ・ 内視鏡)の結果、別紙所見書のとおりですので、よろしくご高診のうえご指導ください。

検診担当									

現行

様式例4

胃がん検診結果通知書

実施主体名				一連番号			レ線番号		
ふりがな 氏名	年齢	才	生年月日	M T S	年 月 日	性別	男・女		
受診者住所 (できるだけ詳しく)									
世帯番号				世帯主名			TEL		

※ 先日あなたが受診されました胃がん検診の結果は下記のとおりです。(該当に○をつけています。)

1 今回の検診で異常は認められません。

自覚症状がなくとも今後少なくとも、年1回定期的に検診をうけるようにしてください。

2 今回の検診で異常の疑いがあります。

医師あての紹介状をもらって専門の病(医)院で精密検査を受けてください。

検査の際に食事等の制限がありますので、予約時に医療機関におたずねください。

3 ()の所見が見られます。

腹痛等の症状がありましたら医師に見てもらってください。

◆ 医師へのお願い

このかたは、胃の検診(間接撮影)の結果、別紙所見書のとおりですので、よろしくご高診のうえご指導ください。

検診担当									

改正案

(全部改正)

様式例 5

実施主体（市町村）名

住所 受診年月日
氏名 受診番号

(切りとりせん)

実施主体（市町村）名

胃精検報告書

住所 受診年月日
氏名 受診番号
様 生年月日
性別
年齢

日頃胃がん検診につきましては、格別のご配慮をいただき厚くお礼申し上げます。
さて、このたび行いました検診結果は上記のとおりでしたのでよろしくご指導ください。
なお、ご多忙中誠に恐縮に存じますが、追跡調査の資料にいたしたいので、その診断結果を、下記にご記入の上、ご返送いただきたくお願い申し上げます。

平成 年 月 日
検診機関名
電話番号

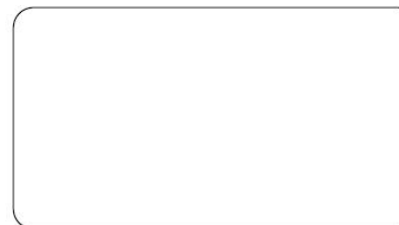
平成 年度

精 検 診 断	レ線透視撮影 月 日		医 療 機 関 ・ 医 師 名	
	内視鏡 月 日			
	生検+細胞診 月 日			
	月 日			
備 考				

現行

(全部改正)

様式例 5



先生

胃がん検診精検依頼書

左記の方は胃がん検診受診の結果、要精検の該当者になりましたのでよろしくご高診ご指導くださるようお願いいたします。

この封筒の中に医師宛の紹介状が入っております。
このままで先生に提出してください。

改正案

(全部改正)

様式例6

(秘)秋田県 胃集検発見胃がん患者個票

1)実施主体 受診月日	平成 年 月 日	受診番号	検診機関
2)氏名 生年月日 住 所	性別 平成 年 月 日 (発見時: 歳)		
3)精検実施 機関名			
4)検診歴	<input type="checkbox"/> ①初回受診 <input type="checkbox"/> ②1年前受診 <input type="checkbox"/> ③2年前受診 <input type="checkbox"/> ④3年前受診 <input type="checkbox"/> ⑤4年前受診 <input type="checkbox"/> ⑥5年前受診 <input type="checkbox"/> ⑦不明		

あてはまる□にはレ印を、()内には記入をお願いします。

5)治療	治療実施機関名	主治医
a)治療方法:	<input type="checkbox"/> ①外科手術 <input type="checkbox"/> ②腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ③内視鏡的粘膜切除術(EMR) <input type="checkbox"/> ④内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) <input type="checkbox"/> ⑤化学療法 <input type="checkbox"/> ⑥無治療 <input type="checkbox"/> ⑦その他() <input type="checkbox"/> ⑧不明	
b)外科手術の方法:	【a)で①外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】 <input type="checkbox"/> ①胃切除術 <input type="checkbox"/> ②吻合術 <input type="checkbox"/> ③単開腹 <input type="checkbox"/> ④造瘻 <input type="checkbox"/> ⑤ポリープ摘除術 (内視鏡的摘除は除く)	
c)腫瘍の遺残(R):	<input type="checkbox"/> ①RX <input type="checkbox"/> ②R0 <input type="checkbox"/> ③R1 <input type="checkbox"/> ④R2 <input type="checkbox"/> ⑤不明【a)で外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】	
d)手術年月日:	(内視鏡的治療を含む) 平成 年 月 日	
6)病巣の数	<input type="checkbox"/> ①単発 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個以上 <input type="checkbox"/> ⑤不明	
7)病巣部位	a)部位(UML): <input type="checkbox"/> ①U <input type="checkbox"/> ②UM <input type="checkbox"/> ③MU <input type="checkbox"/> ④M <input type="checkbox"/> ⑤ML <input type="checkbox"/> ⑥LM <input type="checkbox"/> ⑦L <input type="checkbox"/> ⑧全体 b)部位(壁在性): <input type="checkbox"/> ①前壁 <input type="checkbox"/> ②後壁 <input type="checkbox"/> ③大彎 <input type="checkbox"/> ④小彎 <input type="checkbox"/> ⑤全周 <input type="checkbox"/> ⑥多発 2つ以上の部位にまたがる場合は、主な部位にレ印を付けて下さい。	
8)肉眼分類	1)0型 <input type="checkbox"/> ①I <input type="checkbox"/> ②IIa <input type="checkbox"/> ③IIa+IIc <input type="checkbox"/> ④IIb <input type="checkbox"/> ⑤IIc <input type="checkbox"/> ⑥IIc+III <input type="checkbox"/> ⑦IIc+IIa <input type="checkbox"/> ⑧III+IIc <input type="checkbox"/> ⑨III <input type="checkbox"/> ⑩その他の組合せ(+) 2) <input type="checkbox"/> ①I型 <input type="checkbox"/> ②2型 <input type="checkbox"/> ③3型 <input type="checkbox"/> ④4型 <input type="checkbox"/> ⑤5型	
9)肉眼所見	a)大きさ: (長径) ■ × (短径) ■ (単位にご注意下さい。) b)進行程度: 1) <input type="checkbox"/> ①T1a(m) <input type="checkbox"/> ②T1b(sm) <input type="checkbox"/> ③T2(mp) <input type="checkbox"/> ④T3(ss) <input type="checkbox"/> ⑤T4a(se) <input type="checkbox"/> ⑥T4b(si) <input type="checkbox"/> ⑦分類不能 <input type="checkbox"/> ⑧Tx 2) <input type="checkbox"/> ①P0 <input type="checkbox"/> ②P1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Px 3) <input type="checkbox"/> ①H0 <input type="checkbox"/> ②H1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Hx 4) <input type="checkbox"/> ①N0 <input type="checkbox"/> ②N1 <input type="checkbox"/> ③N2 <input type="checkbox"/> ④N3 <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥Nx 5) <input type="checkbox"/> ①M0 <input type="checkbox"/> ②M1 <input type="checkbox"/> ③Mx 6) <input type="checkbox"/> ①CY0 <input type="checkbox"/> ②CY1 <input type="checkbox"/> ③CYx c)Stage: <input type="checkbox"/> ①IA <input type="checkbox"/> ②IB <input type="checkbox"/> ③IIA <input type="checkbox"/> ④IIB <input type="checkbox"/> ⑤IIIA <input type="checkbox"/> ⑥IIIB <input type="checkbox"/> ⑦IIIC <input type="checkbox"/> ⑧IV <input type="checkbox"/> ⑨不明	
10)組織所見	a)進達度: <input type="checkbox"/> ①m <input type="checkbox"/> ②sm <input type="checkbox"/> ③mp <input type="checkbox"/> ④ss <input type="checkbox"/> ⑤se <input type="checkbox"/> ⑥si <input type="checkbox"/> ⑦検査中 <input type="checkbox"/> ⑧不明 b)組織型: <input type="checkbox"/> ①pap <input type="checkbox"/> ②tub1 <input type="checkbox"/> ③tub2 <input type="checkbox"/> ④por1 <input type="checkbox"/> ⑤por2 <input type="checkbox"/> ⑥por(1,2不明) <input type="checkbox"/> ⑦muc <input type="checkbox"/> ⑧sig <input type="checkbox"/> ⑨特殊型 <input type="checkbox"/> ⑩不明 量的に優勢な組織像を記入して下さい。	
備 考	多発がんの場合は、主病巣については上記に記入し、他の病巣の7, 8, 9, 10の項目については備考に記入して下さい。	

秋田県医師会消化器がん検診中央委員会

現行

(全部改正)

様式例6

(秘)秋田県 胃集検発見胃がん患者個票

1)実施主体 受診月日	平成 年 月 日	受診番号	検診機関
2)氏名 生年月日 住 所	性別 平成 年 月 日 (発見時: 歳)		
3)精検実施 機関名			
4)検診歴	<input type="checkbox"/> ①初回受診 <input type="checkbox"/> ②1年前受診 <input type="checkbox"/> ③2年前受診 <input type="checkbox"/> ④3年前受診 <input type="checkbox"/> ⑤4年前受診 <input type="checkbox"/> ⑥5年前受診 <input type="checkbox"/> ⑦不明		

あてはまる□にはレ印を、()内には記入をお願いします。

5)治療	治療実施機関名	主治医
a)治療方法:	<input type="checkbox"/> ①外科手術 <input type="checkbox"/> ②腹腔鏡下手術 <input type="checkbox"/> ③内視鏡治療 <input type="checkbox"/> ④化学療法 <input type="checkbox"/> ⑤無治療 <input type="checkbox"/> ⑥その他() <input type="checkbox"/> ⑦不明	
b)外科手術の方法:	【a)で①外科手術を選択した場合のみ】 <input type="checkbox"/> ①胃切除術 <input type="checkbox"/> ②吻合術 <input type="checkbox"/> ③単開腹 <input type="checkbox"/> ④造瘻 <input type="checkbox"/> ⑤ポリープ摘除術 (内視鏡的摘除は除く)	
c)手術の根治度:	<input type="checkbox"/> ①A <input type="checkbox"/> ②B <input type="checkbox"/> ③C <input type="checkbox"/> ④不明【a)で外科手術、腹腔鏡下手術を選択した場合のみ】	
d)手術年月日:	(内視鏡的治療を含む) 平成 年 月 日	
6)病巣の数	<input type="checkbox"/> ①単発 <input type="checkbox"/> ②2個 <input type="checkbox"/> ③3個 <input type="checkbox"/> ④4個以上 <input type="checkbox"/> ⑤不明	
7)病巣部位	a)部位(UML): <input type="checkbox"/> ①U <input type="checkbox"/> ②UM <input type="checkbox"/> ③MU <input type="checkbox"/> ④M <input type="checkbox"/> ⑤LM <input type="checkbox"/> ⑥L <input type="checkbox"/> ⑦全体 b)部位(壁在性): <input type="checkbox"/> ①前壁 <input type="checkbox"/> ②後壁 <input type="checkbox"/> ③大彎 <input type="checkbox"/> ④小彎 <input type="checkbox"/> ⑤全周 <input type="checkbox"/> ⑥多発 2つ以上の部位にまたがる場合は、主な部位にレ印を付けて下さい。	
8)肉眼分類	1)0型 <input type="checkbox"/> ①I <input type="checkbox"/> ②IIa <input type="checkbox"/> ③IIa+IIc <input type="checkbox"/> ④IIb <input type="checkbox"/> ⑤IIc <input type="checkbox"/> ⑥IIc+III <input type="checkbox"/> ⑦IIc+IIa <input type="checkbox"/> ⑧III+IIc <input type="checkbox"/> ⑨III <input type="checkbox"/> ⑩その他の組合せ(+) 2) <input type="checkbox"/> ①I型 <input type="checkbox"/> ②2型 <input type="checkbox"/> ③3型 <input type="checkbox"/> ④4型 <input type="checkbox"/> ⑤5	
9)肉眼所見	a)大きさ: (長径) ■ × (短径) ■ (単位にご注意下さい。) b)進行程度: 1) <input type="checkbox"/> ①T1 <input type="checkbox"/> ②T2 <input type="checkbox"/> ③T3 <input type="checkbox"/> ④T4 <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥Tx 2) <input type="checkbox"/> ①P0 <input type="checkbox"/> ②P1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Px 3) <input type="checkbox"/> ①H0 <input type="checkbox"/> ②H1 <input type="checkbox"/> ③分類不能 <input type="checkbox"/> ④Hx 4) <input type="checkbox"/> ①N1 <input type="checkbox"/> ②N2 <input type="checkbox"/> ③N3 <input type="checkbox"/> ④N4 <input type="checkbox"/> ⑤分類不能 <input type="checkbox"/> ⑥Nx 5) <input type="checkbox"/> ①M0 <input type="checkbox"/> ②M1 <input type="checkbox"/> ③M2 <input type="checkbox"/> ④Mx 6) <input type="checkbox"/> ①CY0 <input type="checkbox"/> ②CY1 <input type="checkbox"/> ③CYx c)Stage: <input type="checkbox"/> ①IA <input type="checkbox"/> ②IB <input type="checkbox"/> ③II <input type="checkbox"/> ④IIIA <input type="checkbox"/> ⑤IIIB <input type="checkbox"/> ⑥IV <input type="checkbox"/> ⑦不明	
10)組織所見	a)進達度: <input type="checkbox"/> ①m <input type="checkbox"/> ②sm <input type="checkbox"/> ③mp <input type="checkbox"/> ④ss <input type="checkbox"/> ⑤se <input type="checkbox"/> ⑥si <input type="checkbox"/> ⑦検査中 <input type="checkbox"/> ⑧不明 b)組織型: <input type="checkbox"/> ①pap <input type="checkbox"/> ②tub1 <input type="checkbox"/> ③tub2 <input type="checkbox"/> ④por1 <input type="checkbox"/> ⑤por2 <input type="checkbox"/> ⑥muc <input type="checkbox"/> ⑦sig <input type="checkbox"/> ⑧特殊型 <input type="checkbox"/> ⑨不明 量的に優勢な組織像を記入して下さい。	
備 考	多発がんの場合は、主病巣については上記に記入し、他の病巣の7, 8, 9, 10の項目については備考に記入して下さい。	

秋田県医師会消化器がん検診中央委員会

