

胃がん検診（内視鏡検査）受診券交付申請書

年 月 日

氏 名		生年月日	昭和 年 月 日
住 所	木津川市		
電話番号			
事前 確認 事項	以下の該当する項目に☑をいれてください。申請者本人がご回答ください。 ※次の質問に「はい」がある方は、この検診を受けられません。		
	・過去に「胃全摘手術」を受けましたか <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ		
	※検診の受診時点で以下に該当される方は、この検診を受けられません。 ・妊娠中又は妊娠の可能性のある方 ・入院中の方 ・胃部疾患(胃がんや胃潰瘍)で治療中の方 ・胃内視鏡検査が安全にできないと施行医が判断する方 ・咽頭、鼻腔疾患等により鼻腔・経口とも内視鏡の挿入ができない方 ・呼吸、循環不全、その他全身状態が悪く胃内視鏡検査に耐えられない方 ・出血傾向があり、胃内視鏡検査を安全に施行できないと判断される方 ・検査当日の検査前の収縮期血圧が 180mmHg 以上又は拡張期血圧が 110mmHg 以上ある方 ・その他内視鏡ができないと内視鏡施行医が判断する理由がある場合		

【市確認欄（記入不要）】

対象者確認 : 対象 ・ 対象外

受付番号 : 受付者 []