

練馬区胃がん検診＜胃内視鏡検査(胃カメラ)＞ チェックシート

1	練馬区の実施する胃がん検診＜胃部エックス線検査(バリウム)＞を今年度(令和6年4月1日～令和7年3月31日)受けましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
2	練馬区の実施する胃がん検診＜胃内視鏡検査(胃カメラ)＞を昨年度または今年度(令和5年4月1日～令和7年3月31日)受けましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
3	現在、胃がんの治療中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
4	現在、ピロリ菌の除菌治療を受けていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
5	歯の治療などで麻酔使用時に何か問題はありましたか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
6	現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療または経過観察中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
7	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	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
8	狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
9	胃全摘手術をされていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
10	呼吸不全はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
11	疾患の種類にかかわらず、現在入院中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
<i>女性の方のみご記入ください</i>			
12	現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい