

胃がんリスク検診（ABC 検診）受診の問診票

お名前	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳

・ 次の項目に、「はい」又は「いいえ」でお答え下さい。

	チェック項目	回答欄	
1	明らかな上部消化器症状（胸やけ、吐き気、胃酸がこみ上げてくるような感じ、胃痛、腹痛、胃もたれ、食欲不振など）がある	はい	いいえ
2	食道・胃・十二指腸の病気で治療中である	はい	いいえ
3	胃酸分泌抑制薬（プロトンポンプ阻害薬）を服用中、もしくは 2 ヶ月以内に服用していた	はい	いいえ
4	過去に胃を切除した（一部切除・全摘出）	はい	いいえ
5	腎不全と言われている（目安：血清クレアチニン値が 3mg/dl 以上）	はい	いいえ
6	ステロイドを服用している	はい	いいえ
7	免疫抑制剤（免疫調整剤）を服用している	はい	いいえ
8	いままでに免疫不全症にかかり、医師の診断を受けたことがある	はい	いいえ
9	過去にピロリ菌除菌治療を受けた	はい	いいえ

上記に当てはまる方は、結果が正確に判定できない可能性があり、ABC 検診には適しません。胃の検診については、他の方法も含めて医師とご相談下さい。適正な検診運用のため、ご理解下さいますようお願いいたします。