

# 問診票：ABC 検診を受けられる方へ

フリガナ 氏名	(男・女)	住所	〒
生年月日	(大正・昭和・平成) 年 月 日 (歳)		TEL ( ) -

以下の項目を1つでも満たす方はABC検診の対象外となります(適切に胃がんリスクを判定できないためです)。ご記入の上、健診センター受付にご提出ください。

1. ピロリ菌の除菌療法を受けたことがある。	はい	・	いいえ
2. 慢性副鼻腔炎などで長期間抗菌薬を服用したことがある。 (具体的には、マクロライド系抗菌薬を長期間服用したことがある)	はい	・	いいえ
3. 特定の胃薬を2か月以内に内服している。 (具体的には、プロトンポンプ阻害薬を内服している)	はい	・	いいえ
4. 胃の手術を受けたことがある。	はい	・	いいえ
5. 腎臓が悪いと言われたことがある。 (具体的には、血清クレアチニン値が3mg/dl以上である)	はい	・	いいえ

内服薬がよく分からない場合は健診センター受付に直接ご相談ください。

ABC検診の対象とならない場合、胃カメラあるいは胃バリウム検査をお勧めいたします。

総合病院 釧路赤十字病院 健診センター

TEL0154-22-7171