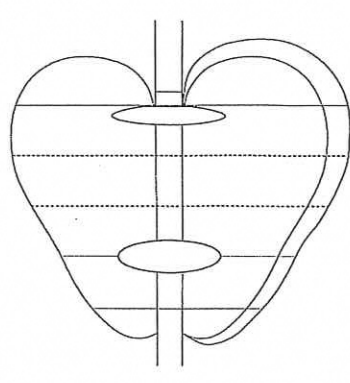


フリガナ	ABC	性別	ABC 性	受診 番号	
氏名	ABC	生年月日	平成30年2月19日	年齢 (年度末)	123 歳
ID	000000000123				

一 次 読 影

- 所見なし
 所見あり
- 検査方法 経口 経鼻

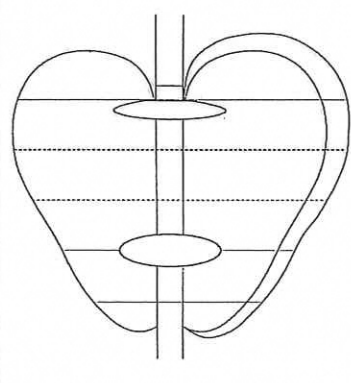
	所見の種類 <input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 異常血管 <input type="checkbox"/> 血管拡張 <input type="checkbox"/> 血管拡張 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> 硬化 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 雑壁肥大 <input type="checkbox"/> 雑壁断裂 <input type="checkbox"/> 雑壁集中 <input type="checkbox"/> 雑壁集中 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 退色 <input type="checkbox"/> 退色
	生検の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

内視鏡診断 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 <input type="checkbox"/> 胃腺腫 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎 <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> (逆流性)食道炎 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ(胃底腺、過形成) <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 食道静脈瘤 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 食道がん疑い <input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()

判定区分 <input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃がん以外の 経過観察/治療が必要 悪性病変(疑い含む)
コメント 偶発症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 * 偶発症報告書記入のこと
実施医療機関名 一般社団法人 検査医師名 練馬区医師会医療健診センター

二 次 読 影

- 追加所見なし
 追加所見あり

	所見の種類 <input type="checkbox"/> 隆起 <input type="checkbox"/> 陥凹 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 白苔 <input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 異常血管 <input type="checkbox"/> 血管拡張 <input type="checkbox"/> 血管拡張 <input type="checkbox"/> 萎縮 <input type="checkbox"/> 硬化 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 狭窄 <input type="checkbox"/> 雑壁肥大 <input type="checkbox"/> 雑壁断裂 <input type="checkbox"/> 雑壁集中 <input type="checkbox"/> 雑壁集中 <input type="checkbox"/> びらん <input type="checkbox"/> 退色 <input type="checkbox"/> 退色
	生検の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

生検時、生検有の場合の 病理診断結果 Group <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
内視鏡診断 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 萎縮性胃炎 <input type="checkbox"/> 胃腺腫 <input type="checkbox"/> 食道裂孔ヘルニア <input type="checkbox"/> 鳥肌胃炎 <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> (逆流性)食道炎 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ(胃底腺、過形成) <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 食道静脈瘤 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 食道がん疑い <input type="checkbox"/> 胃潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍癒痕 <input type="checkbox"/> 食道がん <input type="checkbox"/> 胃粘膜下腫瘍 <input type="checkbox"/> その他()

生検の評価 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 妥当 <input type="checkbox"/> 追加必要
画像評価 <input type="checkbox"/> 大変よい <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 判定困難
画像評価項目 <input type="checkbox"/> 未撮影部位(食道、食道胃接合部、穹窿部、噴門部、胃体上部、胃体中部、胃体下部 胃角部、前庭部、幽門部、球部) (小弯、大弯、前壁、後壁) <input type="checkbox"/> 画質不良 <input type="checkbox"/> 動き・ぼけが多い <input type="checkbox"/> 空気量多い <input type="checkbox"/> 空気量少ない <input type="checkbox"/> 気泡・粘液多い <input type="checkbox"/> 胃液吸引不十分 <input type="checkbox"/> 撮影条件オーバー <input type="checkbox"/> 撮影条件アンダー <input type="checkbox"/> 撮影角度不良 <input type="checkbox"/> 前処置不良 <input type="checkbox"/> 機器不良 <input type="checkbox"/> その他()
コメント

判定区分 <input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がんなし <input type="checkbox"/> 胃がん疑い <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃がん以外の 経過観察/治療が必要 悪性病変(疑い含む)
総合判定 <input type="checkbox"/> 1 異常なし <input type="checkbox"/> 2 要経過観察 <input type="checkbox"/> 3 要精密検査 (再検査) <input type="checkbox"/> 4 要治療 (要医療機関受診)
二次読影年月日 平成 年 月 日 二次読影医師名