

令和 6 年 4 月 3 日

加 賀 市 長

(担当 総務部財政課)

見 積 依 頼 書

下記のとおり見積徴収を行いますので、見積書を提出されるようお願いします。

物 件 名 等	加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）受診票(A) 加賀市胃がん検診（内視鏡検査）説明 同意書 (B)
見積提出期限 及 び 場 所	令和 6 年 4 月 4 日 午前 11 時 30 分 加賀市役所 総務部 管財課
見積書宛名	加賀市長 宮元 陸
納 入 期 限	令和 6 年 4 月 26 日
納 入 場 所	健康課
落 札 方 法	総価落札
注意事項	1 指定日時までに提出されない場合は、見積をご辞退されたものと解釈させていただきます。 2 会社にあっては社印、代表者印を、個人についても記名捺印をお願いいたします。

伺 番 号 第 0000021 号

品 目 明 細

年 度 令和 6 年度

件 名 加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）受診票(A) 加賀市胃がん検診（内視鏡検査）説明
同意書 (B)

伺 番 号 0000021

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：冊）	分類番号	002-005-000
1	規 格	加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）受診票(A)（1冊50枚綴り）		
	数 量	10 冊		
No.	品 名	印刷製本（単位：冊）	分類番号	002-005-000
2	規 格	加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）説明・同意書(B)（1冊50		
	数 量	5 冊		
No.	品 名		分類番号	
3	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
4	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
5	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
6	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
7	規 格			
	数 量			

印刷仕様書

市民健康部 健康課

件名	加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）受診票（A） 加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）説明・同意書（B）		
紙質	別添（見本（A）、（B））のとおり ※現物見本は管財課にあります		
印刷	別添（見本（A）、（B））のとおり		
規格	Aは見本Aと同様のとおり（3部複写） Bは見本Bと同様のとおり（2部複写）		
形状	別添（見本（A）、（B））のとおり		
数量	・加賀市胃がん検診（内視鏡検査）受診票（A） 500枚（1冊50枚綴りで10冊） ・加賀市胃がん検診（内視鏡検査）説明・同意書（B） 250枚（1冊50枚綴りで5冊）	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 否
納入期限	令和6年4月26日	納入場所	健康課（かが交流プラザさくら1階）
<p>その他連絡事項（校正担当課・係名 健康課健康増進グループ 担当者 門藤・中嶋） （ TEL : 72-7865 ）</p> <p>（A）、（B）について</p> <ul style="list-style-type: none"> *（A）について、蛍光マーカーピンクの部分で3部複写とすること。また、蛍光マーカー黄色の部分は2枚複写とし、3枚目に写らないようにすること。（B）については全て複写にすること。 *（A）について、判定・最終判定欄（蛍光マーカーオレンジ色）の3番と4番を入れ替えること。また（A）の3枚目の3番と4番を入れ替え、3番を赤字どおりに修正すること。 *（A）について、3枚目の住所・氏名欄（蛍光マーカー水色）が、3つ折りにした後に見本封筒の窓あきから見えるように位置や幅を調整すること。 *（A）（B）について、文字と枠線全てを黒色とすること。 *（A）について、1～3枚目の枠は同位置になるようにし、複写に影響がないようにすること。 *（A）について、3枚目に3つ折の印として▲を記載すること。 *（A）（B）について、50枚つづりで1つの冊子とすること（（A）は3部複写1セット、（B）は2部複写1セットとする）。 *（A）について、冊子の表紙に「胃がん検診（内視鏡検査）受診票」と記載すること。 *（B）について、冊子の表紙に「胃がん検診（内視鏡検査）説明・同意書」と記載すること。 <p>※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。</p> <p>※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって財政課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。</p> <p>※納入期限は厳守してください。</p>			

加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）受診票

(A)

受診番号	*****
住所	〒922-加賀市 生年月日 昭和 年 月 日生 () 歳
フリガナ	性別
氏名	様 男・女 ()

検診日：令和 年 月 日

自覚症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胃が痛む <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 胃がもたれる <input type="checkbox"/> 最近やせた <input type="checkbox"/> その他 ()
胃疾患の病歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 胃がん <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 胃ポリープ <input type="checkbox"/> 胃炎 <input type="checkbox"/> その他 () → () 才) 手術歴: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ピロリ菌除去	<input type="checkbox"/> あり → () 年) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない → 除菌に成功しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
病歴	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心疾患(狭心症・不整脈) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症
服薬状況	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"/> はい(薬の種類:) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
薬剤アレルギー	薬剤アレルギー: <input type="checkbox"/> あり(薬の種類:) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない 歯の治療で麻酔を使った時に、何か問題はありましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
その他	入れ歯を入れていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
家族歴	家族に胃がんにかかった人はいますか <input type="checkbox"/> はい(父母・子・兄弟姉妹・祖父母) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
検診受診歴	胃がん検診を受けたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない もっとも最近の検査について → <input type="checkbox"/> 胃X線検査 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 検診時期: _____ 年 _____ 歳 受診結果: <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり(病名:)
経鼻内視鏡検査	経鼻内視鏡での検査を希望しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ → 鼻の病気や手術をしたことがありますか <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> 鼻茸 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 手術あり <input type="checkbox"/> わからない

医療機関コード	内視鏡実施医療機関名	内視鏡実施医師名
---------	------------	----------

一次読影 一次読影日：令和 年 月 日

◆比較読影	なし・あり → 胃内視鏡画像(検査日 年 月 日)	◆方式	1. 経鼻 2. 経口	
所見	なし・所見あり → 番号を選択し、下記にスケッチ等記入してください	部位	種類	スケッチ
所見	1. 食道(上・中・下部)	8. 胃角部(小・大・前・後)	1. 隆起 8. 出血	所見の部位を記載してください
	2. 食道胃接合部	9. 前庭部(小・大・前・後)	2. 陥凹 9. 集中	
	3. 穹窿部	10. 幽門部	3. 平坦 10. 癒痕	
	4. 噴門部	11. 球部	4. 発赤 11. 萎縮	
	5. 体上部(小・大・前・後)		5. 褐色 12. その他	
6. 体中部(小・大・前・後)		6. 潰瘍 ()		
7. 体下部(小・大・前・後)		7. びらん		
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
生検	1. なし 2. あり	生検結果 Group	1 2 3 4 5	
判定	1. 異常なし 2. 良性疾患 3. 悪性疾患 4. 要再検査 (ヶ月後)			
良性疾患	1. 胃ポリープ(FGP・HP) 5. 十二指腸潰瘍(A・H・S) 2. 萎縮性胃炎 6. 逆流性食道炎(M・A・B・C・D) 3. その他の胃炎 7. その他() 4. 胃潰瘍(A・H・S) 8. 胃腫瘍	悪性疾患	1. 早期胃癌(分類) 2. 進行胃癌(分類) 3. その他()	
コメント		読影医療機関名		
		読影医師名		

※内視鏡施行医が生検を実施した場合は病理診断結果を添付して下さい。

二次読影 二次読影日：令和 年 月 日

所見	なし・所見あり → 番号を選択し、下記にスケッチ等記入してください	部位	種類	スケッチ
所見	1. 食道(上・中・下部)	8. 胃角部(小・大・前・後)	1. 隆起 8. 出血	所見の部位を記載してください
	2. 食道胃接合部	9. 前庭部(小・大・前・後)	2. 陥凹 9. 集中	
	3. 穹窿部	10. 幽門部	3. 平坦 10. 癒痕	
	4. 噴門部	11. 球部	4. 発赤 11. 萎縮	
	5. 体上部(小・大・前・後)		5. 褐色 12. その他	
6. 体中部(小・大・前・後)		6. 潰瘍 ()		
7. 体下部(小・大・前・後)		7. びらん		
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
部位 ()	種類 ()			
判定	1. 異常なし 2. 良性疾患 3. 悪性疾患 4. 要再検査 (ヶ月後)			
良性疾患	1. 胃ポリープ(FGP・HP) 5. 十二指腸潰瘍(A・H・S) 2. 萎縮性胃炎 6. 逆流性食道炎(M・A・B・C・D) 3. その他の胃炎 7. その他() 4. 胃潰瘍(A・H・S) 8. 胃腫瘍	悪性疾患	1. 早期胃癌(分類) 2. 進行胃癌(分類) 3. その他()	
生検	1. 不要 2. 妥当 3. 必要	コメント	読影医療機関名	
			読影医師名	
画像評価	項目: ①未撮影部位(食道・食道胃接合部・穹窿部・噴門部・体上部・体中部・体下部・胃角部・前庭部・幽門部・球部・小弯・大弯・前壁・後壁) ②画質不良③動き・ボケが多い④機器不良⑤空気の量少ない⑥空気の量多い⑦気泡・粘液多い⑧撮影角度不良⑨胃液吸引不十分⑩撮影条件オーバー⑪撮影条件アンダー⑫前処置不良(残渣)⑬色素散布が必要⑭その他			
	A. 良い B. 普通 C. 悪い ()			

最終判定 1: 異常なし 2: 良性疾患 3: 悪性疾患 4: 再検査 (ヶ月後)

(A)
3枚目

加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）結果のお知らせ

住 所	〒922- 加賀市	生年月日	昭和 年 月 日生 () 歳
フリガナ		性 別	
氏 名	様	男・女	☎ () -

検診日：令和 年 月 日

さきに実施いたしました胃がん検診（内視鏡検査）の結果は、下記のとおりでしたので、お知らせいたします。（○印で囲んだところをお読みください。）

記

1. 現在のところ異常は認めません。

症状がなくても、定期的に検診を受けることをおすすめします。
また、なんらかの異常を感じたら、最寄りの医療機関にご相談ください。

2. 今回の内視鏡検査で良性疾患が認められましたが、精密検査の必要はありません。自覚症状がありましたら、検診医療機関にご相談ください。（今後も定期的に検診を受診してください。）

診断名： _____

4.

~~3.~~ 今回の内視鏡検査で異常が認められました。悪性の可能性が疑われます。至急、医療機関を受診してください。

3.

~~4.~~ 今回の内視鏡検査で異常が疑われます。~~更に詳しい検査が必要です。~~医療機関を受診してください。たので、経過観察が必要です。 _____ ヶ月後に

内視鏡実施医療機関名	内視鏡実施医師名
------------	----------

加賀市胃がん検診（胃内視鏡検査）説明・同意書

(B) 見本

【1. 胃がん検診の目的と方法】

胃がん検診はできるだけ早くがんを見つけ早く治療する目的で行われています。その方法にはバリウムを用いるレントゲン検査と胃カメラを直接挿入し観察する内視鏡検査があり、胃がん検診においていずれも有効性が証明されています。また、両者の方法には良いところと悪いところがあります。

【2. 精密検査について】

鼻や口から胃内視鏡を挿入し、食道・胃・十二指腸を内腔から観察し、病気を探します。がんを疑う病変を発見した場合には、診断を確定するためにその一部を採取（生検）し病理検査を行うことがあります。生検病理検査をした場合は保険診療として別途追加料金（生検病理検査 約 4,000 円）がかかります。当日は健康保険証を持参して下さい。また、生検した場合、検査後の食事は軟らかく消化の良いものとし、過激な運動、長時間の入浴、飲酒なども避けてください。尚、精密検査の結果も市へ報告することとなります。

生検・病理検査に（ 同意する 同意しない ）

【3. 鎮静剤の使用】

鎮静剤は呼吸抑制などの副作用があるため、原則使用しません。内視鏡検診の施行にあたり鎮静剤を希望する場合には、ご相談ください。鎮静剤の使用を希望される場合には、十分な注意事項の説明を受け、検査終了後当日は自動車、バイク、自転車等の運転は控えてください。

鎮静剤の使用を（ 希望する 希望しない ）

【4. 偶発症について】

- (1) 内視鏡操作により粘膜に傷がつくことや、出血、穿孔（穴があくこと）
- (2) 薬剤（のどの麻酔薬、鎮静剤など）によるアレルギーやショック（呼吸困難、血圧低下など）
- (3) 検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）
- (4) 生検による出血、穿孔

胃内視鏡検査では、以上の偶発症が起きる可能性があります。偶発症が発生する頻度は、胃内視鏡検査では 10 万件に 78 件と全国調査により報告されています。この中には入院例も含まれています。

現在、胃がん内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごくまれに死亡の可能性もあります。なお、当施設では偶発症の防止のために十分な注意を払うと共に偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

偶発症について、その内容を（ 了解した 了解できない ）

上記の事項について、説明を受け十分に理解しましたので、胃内視鏡検査の実施に同意いたします。

令和 年 月 日 受診者署名

受診者代理署名 (続柄)

検査後、体調などに何か異常があれば直ちに検診医療機関にご連絡ください。

令和 年 月 日 病院名
T E L
説明医師