

令和 4 年(2021 年) 4 月 1 日

札幌市胃がんリスク判定実施医療機関 管理者 様

札幌市保健福祉局医務・健康衛生担当局長

館石 宗隆

胃がんリスク判定票兼請求明細書(様式 2) の記載方法について

時下、貴職におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

札幌市胃がんリスク判定で実施しているヘリコバクター・ピロリ抗体検査について、検査方法が多様化し、判定基準もそれぞれで異なっていることから、令和 4 年度は、貴院での検査方法及び陽性基準値を「胃がんリスク判定票兼請求明細書(様式 2)」にご記入いただきますようお願いいたします。

様式 2 記入例

(7) 免疫不全・低下的状態、又は免疫抑制剤を服用している

※医療機関記入欄(下記の該当部分に数値または☑を記載してください。)

検査結果(検査結果は数字で記入してください)				
検査項目	検査値	単位	判定	
血清 ペプシノゲン	PGI値	900	ng/ml	陰性 2陽性 ※陽性基準値 PGIが70.0ng/ml以下 かつI/II比が3.0以下
	PGII値	450	ng/ml	
	I/II比	2.0		
血清ヘリコバクター ピロリ抗体値	検査方法	LA法		陰性 2陽性 ※陽性基準値 10U/ml以上
	抗体値	120	U/ml	

ペプシノゲン	陰性	陰性	陽性	陽性
ピロリ	陰性	陽性	陽性	陰性
総合判定(あてはまる項目に☑をつけてください)				
区分	<input type="checkbox"/> A	<input checked="" type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
精密検査	なし	あり		

- 【請求区分】
- 一般
 - 免除
 - 非課税 課税証明書で確認
 - 生活保護世帯

検査結果の数値の他、貴院での検査方法と陽性基準値をご記入ください。

担当：札幌市保健福祉局保健所健康企画課がん検診担当

〒060-0042 中央区大通西 19 丁目

TEL622-5151 Fax622-7221