

大腸がん検診受診票

市町村名： (団体名)
住 所：
フリガナ 氏 名：
(男・女)
生年月日：
明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
電話番号：

検 診 日

受付番号

個人コード

受診者コード

■問 診 次の問いに○をつけるか、または[]に記入して下さい

- (注) 太線のワケ内を記入して、便と一緒に提出して下さい。
- 最近、便通に異常がありますか
いいえ は い (①便秘ぎみ ②下痢ぎみ ③便秘と下痢が不規則にある)
 - 1年以内に、排便の時肛門から血が出たり、便に血や粘液がついたことがありますか
いいえ は い
 - 特に気になる症状がありますか
いいえ
は い (①食欲なし ②腹痛 ③体重の減少 ④その他 [])
 - 今迄に下記のいずれかの病気にかかったことがありますか
いいえ
は い { 1) 胃の病気 (①潰瘍 ②ポリープ ③その他 [])
2) 十二指腸の病気 (①潰瘍 ②ポリープ ③憩室 ④その他 [])
3) 大腸の病気 (①ポリープ ②憩室 ③大腸炎 ④腫瘍 ⑤その他 [])
4) 肛門の病気 (①痔 ②痔ろう ③脱肛 ④その他 []) }
 - 今迄におなかの手術 (内視鏡的手術を含む) を受けたことがありますか
いいえ は い (①大腸ポリープ ②その他 [])
 - 今迄に大腸がん検診の便潜血検査 (今回と同じ検査) を受けたことがありますか
いいえ は い [平成 年 月頃] 結果 (陰性 陽性)
 - 今迄に大腸内視鏡検査を受けたことがありますか
いいえ は い (結果 [])
 - あなたの血縁者で大腸がんにかかった方がいますか
いない い る (祖父、祖母、 父、 母、 兄、 弟、 姉、 妹)

■便採取年月日

1回目 H 年 月 日
2回目 H 年 月 日

検診機関		便 潜 血 反 応 検 査 結 果		
検査年月日 H 年 月 日	1回目	1. 陰性(-)	2. 陽性(+)	3. 判定不能(検体不備)
	2回目	1. 陰性(-)	2. 陽性(+)	3. 判定不能(検体不備)
	判定	4. 検体なし		
		1. 便潜血陰性	2. 要精検	3. 判定不能