

平成29年度 大腸がん検診
(集団検診)

●受診時の注意事項等を『けんしんガイド』で、必ず確認してください。

平成29年度集団検診
領収書

氏名 _____ 様

大腸がん検診料金

40～69歳	70歳以上
300円	100円

切り取らないでください。

平成29年度

大腸がん検診票 (集団検診)

赤磐市

住所	〒 _____ 赤磐市			整理番号	_____	受診日	_____
フリガナ	_____	性別	男	生年	大 昭	才	_____
氏名	_____	性別	女	年月日	_____	_____	受付番号

↓ 下記太枠内をよく読み記入してください。 ※便は提出日を含め、5日以内に採便したものを2日分提出してください。 ↑ 平成30年3月31日付の年齢

電話番号	(_____)																																												
便採取年月日	1回目	平成 29 年	月	日	2回目	平成 29 年	月	日																																					
1. 最近、便通に異常がありますか	なし	あり (便秘ぎみ 下痢ぎみ 便秘と下痢が不規則にある)																																											
2. 1年以内に、排便時、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	なし	あり (いつ頃ですか _____ 年 _____ 月頃)																																											
3. 特に気になる症状がありますか	なし	あり (食欲なし 腹痛 体重減少 その他(_____))																																											
4. 消化器の病気にかかったことがありますか 該当するものを○で囲んでください	なし	<table border="0"> <tr> <td rowspan="5">あり→</td> <td>食道</td> <td>：</td> <td>{</td> <td>腫瘍</td> <td>潰瘍</td> <td>ポリープ</td> <td>}</td> </tr> <tr> <td>胃</td> <td>：</td> <td>{</td> <td>腫瘍</td> <td>潰瘍</td> <td>ポリープ</td> <td>}</td> </tr> <tr> <td>十二指腸</td> <td>：</td> <td>{</td> <td>腫瘍</td> <td>潰瘍</td> <td>ポリープ</td> <td>}</td> </tr> <tr> <td>大腸</td> <td>：</td> <td>{</td> <td>腫瘍</td> <td>憩室</td> <td>ポリープ</td> <td>大腸炎</td> <td>}</td> </tr> <tr> <td>肛門</td> <td>：</td> <td>{</td> <td>痔</td> <td>痔ろう</td> <td>脱肛</td> <td>}</td> </tr> </table>							あり→	食道	：	{	腫瘍	潰瘍	ポリープ	}	胃	：	{	腫瘍	潰瘍	ポリープ	}	十二指腸	：	{	腫瘍	潰瘍	ポリープ	}	大腸	：	{	腫瘍	憩室	ポリープ	大腸炎	}	肛門	：	{	痔	痔ろう	脱肛	}
あり→	食道	：	{	腫瘍	潰瘍	ポリープ	}																																						
	胃	：	{	腫瘍	潰瘍	ポリープ	}																																						
	十二指腸	：	{	腫瘍	潰瘍	ポリープ	}																																						
	大腸	：	{	腫瘍	憩室	ポリープ	大腸炎	}																																					
	肛門	：	{	痔	痔ろう	脱肛	}																																						
消化器の手術 (内視鏡的手術を含む)	なし	あり [病名： _____ 時期： _____ 年]																																											
5. 大腸がん検診のこの検査 (便潜血検査) を受けたことがありますか	なし	あり (平成 _____ 年 _____ 月頃) 結果 (異常なし・要精検)																																											
6. あなたの血縁者で大腸がんにかかった人がありますか	なし	あり (祖父 祖母 父 母 兄 弟 姉 妹)																																											

*この欄は記入しないこと	検査機関名	便潜血反応検査結果					
		1回目	1. 陰性 (-)	2. 陽性 (+)	3. 判定不能 (検体不備)		
	検査年月日	2回目	1. 陰性 (-)	2. 陽性 (+)	3. 判定不能 (検体不備)		
	H 年 月 日	判定	1. 便潜血陰性	2. 要精検	3. 判定不能		