

# 大腸がん検診受診票

検診年月日									
令和			年			月			日
整理番号									

※ 下記太枠内を記入してください。

フリガナ											性別	生年月日									
氏名	(姓)					(名)					男・女	大正									
												昭和									
住所	井原市										電話						年齢	年度末年齢 ( 歳)			
<b>家族歴</b> あなたの血縁者にがんにかかった人はいますか (該当に○をしてください) いいえ ・ はい ↓																					
続柄	①父	②母	③兄弟姉妹	④子	がん	肺・胃・大腸・前立腺・乳・子宮・その他 ( )															
続柄	①父	②母	③兄弟姉妹	④子	がん	肺・胃・大腸・前立腺・乳・子宮・その他 ( )															
①今までに大腸の検診を受けたことがありますか。										潜血検査					1. ある 2. ない						
										直腸鏡検査					1. ある 2. ない						
②排便のときに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。															1. ある 2. ない						
③最近、排便 (便通) に変わりがありますか。															1. ある 2. ない						
④今までに次の病気にかかったことがありますか。										A. 胃の病気 【1. 潰瘍 2. ポリープ 3. その他】 B. 十二指腸の病気 【1. 潰瘍 2. ポリープ 3. その他】 C. 大腸の病気 【1. ポリープ 2. 憩室 3. 大腸炎 4. 潰瘍 5. その他】 D. 肛門の病気 【1. 痔 2. 痔ろう 3. 脱肛 4. その他】											

## 医師記入欄

便潜血反応検査結果 (☑をお願いします)	1日目	<input type="checkbox"/> 陽性 (+)	<input type="checkbox"/> 疑陽性 (±)	<input type="checkbox"/> 陰性 (-)	<input type="checkbox"/> 検査不能
	2日目	<input type="checkbox"/> 陽性 (+)	<input type="checkbox"/> 疑陽性 (±)	<input type="checkbox"/> 陰性 (-)	<input type="checkbox"/> 検査不能
	判定	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 再検 (判定不能)	<input type="checkbox"/> 要精密検査	

実施医療機関名	
医療機関コード (市記入)	