

受診No. 

--	--	--	--

# 大腸がん検診受診票

受診年月日 平成 年 月 日

免除区分

1. 70歳以上の方	2. 65歳以上の後期高齢障害認定者	4. 生活保護世帯の方	5. 非課税世帯の方
------------	--------------------	-------------	------------

氏名	フリガナ	(氏)	(名)	生年月日	1 明治	年	月	日生	性別	1 男	年齢	満	歳
	2 大正				3 昭和	2 女							
住所	〒 旭川市			電話	自宅勤務先			身長		cm	体重	kg	

※便潜血反応結果(病院が記入します)

キット番号 

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

検体提出数 1. 2検体 2. 1検体

1	便潜血陰性(異常なし)
2	要精検

紹介した精密検査実施医療機関



旭川市国民健康保険 1. 有

※キット番号 1:OCヘモディア(OCセンサー) 2:チェックメイトヘモ(EIA) 3:イムディア(RPHA) 4:イアトロヘムチェック 5:LAヘモチェイサー 6:その他

医療機関名 \_\_\_\_\_

※該当する番号を○で囲んでください。

1 今までに次の病気にかかったことがありますか。

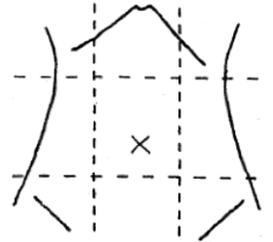
①食道の	1 がん	2 かいよう	3 ポリープ	4 その他( )
②胃・十二指腸の	1 がん	2 かいよう	3 ポリープ	4 その他( )
③大腸の	1 がん	2 かいよう	3 ポリープ	4 大腸炎 5 その他( )
④肛門の	1 いぼ痔	2 きれ痔	3 痔ろう	4 脱肛 5 その他( )

左記の病気で手術をしましたか

→ 6 しない 7 した

2 最近3ヶ月間に次の症状がありましたか。

① 胸やけ・げっぷ・はきけ・はくことがありますか	1 はい	2 いいえ
② 血をはくことがありますか	1 はい	2 いいえ
③ 食欲不振ですか	1 はい	2 いいえ
④ 食物がとりにくいですか	1 はい	2 いいえ



3 最近3ヶ月間に腹痛はありましたか。

1 ない 2 ある

ある場合は上の図で場所を示してください

4 最近3ヶ月間のつうじ(便秘)について

① 便秘をすることがありますか	1 ない	2 ある	3 時々ある
② 下痢をすることがありますか	1 ない	2 ある	3 時々ある
③ 便が出にくい感じがすることがありますか	1 ない	2 ある	3 時々ある 4 どちらともいえない
④ 便が細くなることがありますか	1 ない	2 ある	3 時々ある 4 わからない
⑤ 便に血や粘液がまじることがありますか	1 ない	2 ある	3 以前あった 4 わからない
⑥ 黒色便が出ることがありますか	1 ない	2 ある	3 わからない

5 ここ1年間に体重の減少がありましたか。

1 ない 2 ある ( か月で kgくらい減った)

6 あなたの血縁の方で、大腸の病気にかかった方はいますか。1 ない 2 ある (大腸がん・大腸ポリープ・大腸炎・その他) それは誰ですか( )

7 お酒は飲みますか。 1 飲まない 2 飲む (1日 合・種類 )

8 たばこは吸いますか。 1 吸わない 2 吸う (1日 本・年間 )

9 現在のあなたの健康状態で気になる症状はありますか。 ( )

10 以前に大腸がん検診を受けたことがある場合は、記入してください。

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
結果 異常なし・要精検	結果 異常なし・要精検	結果 異常なし・要精検	結果 異常なし・要精検