

平成30年度 赤磐市 大腸がん検診票(集団けんしん) No. \_\_\_\_\_

※太枠内を必ず記入してください。

検診日 年 月 日

住所	〒 - 赤磐市		
フリガナ 氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳 (平成31年3月31日時点の年齢)
電話番号	- -	あなたの 番号	

1. 今までに、大腸がん検診を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい ( 年 ) 結果【異常なし・異常あり ( )】
2. 最近、排便(便通)に変わりがありますか。	いいえ ・ はい { ①便秘気味 ②下痢気味 ③便秘と下痢が不規則にある
3. 排便の時など、肛門から出血や、便に血がついたことがありますか。	いいえ ・ はい (いつ頃 )
4. 今までに、胃・腸・肛門の病気にかかったことがありますか。	いいえ ・ はい (病名 )
5. 血縁者で大腸がんにかかった人がいますか。	いない ・ いる (両親 兄弟 祖父母 子 おじ・おば)

検査結果		指導区分	実施医療機関名
1日目	2日目		
1. 陽性 2. 疑陽性 3. 陰性 4. 判定不能	1. 陽性 2. 疑陽性 3. 陰性 4. 判定不能	1. 異常なし 2. 要精検 3. 再検査	担当医師 ( )

※必ず裏面の注意事項をお読みください。

-----切り取らないでください。-----

平成30年度大腸がん検診(集団けんしん)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

●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。

## ＜大腸がん検診についての注意事項＞

- 医療機関で経過をみている場合は、この検査の必要はありません。
- 説明書をよく読んで採便してください。
- 便は、検査当日を含めて5日以内のものを提出してください。
- 便をとった容器は、冷暗所（15度以下の温度）で保存してください。  
（直射日光に当てないように気をつけてください。）