

令和8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 | | | 性別 男・女 |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 大・昭 年 月 日 | 年齢 | 歳 (令和9年3月31日時点の年齢) |
| 電話番号 | — — | あなたの番号 | |

(左ヅメで書くこと)

| 便採取年月日 | 1回目 令和 年 月 日 | 2回目 令和 年 月 日 |
|--------|---------------------------------------|---|
| 1 | 令和8年4月から本日までに、大腸がん検診を受診しましたか。 | いいえ・はい 「はい」の場合は、受診できません。 検診受診は年度内に1回のみです。 |
| 2 | 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) |
| 3 | 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) |
| 4 | 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) |
| 5 | 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・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) |
| 6 | 消化器の手術を受けたことがありますか。(内視鏡的手術を含む) | なし・あり (病名 時期： 年) |
| 7 | 血縁者で大腸がんにかかった人はいますか。 | いいえ・はい (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 | 赤磐医師会病院 | | |
| | 検査年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| | 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) | |
| | | 2回目 | 1. 陰性(-) 2. 陽性(+) 3. 判定不能 (検体不備) 4. 検体なし | |
| 判定 | | 1. 便潜血陰性 2. 要精検 3. 判定不能 | | |

<大腸がん検診についての注意事項>

- ・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、冷暗所で保存してください。
※直接日光に当てないように気をつけてください。
- ・受診時の注意事項等は、「けんこうガイド」で必ず確認してください。

職員確認

