

令和7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8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7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)
	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(15度以下の温度)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