

〇〇〇市町村 大腸がん検診受診票

住所	〒 -		受付番号		
氏名	フリガナ		便提出日		
生年月日 性別	年 月 日 (満 歳) 男 ・ 女		検診日		
大腸がん検診 受診歴	大腸がん検診は何回目ですか。 □初めて □2回以上 [( )回目 前回の受診(令和 年 月頃)]				
大腸に関する 既往歴	大腸の疾患になったことはありますか □ない □ある(病名: ) 現在の状況 □治癒 □治療中 □治療の必要なし □放置				
家族歴	血のつながった人で、がんになった人がいますか □いない □いる(続柄: 部位: )				
症状	現在の症状についてお聞きます。 ・便秘と下痢を繰り返すことがありますか。 [ □なし □あり □時々ある □わからない ] ・便がでにくい感じがありますか。 [ □なし □あり □時々ある □わからない ] ・便が細くなることがありますか。 [ □なし □あり □時々ある □わからない ] ・便に血や粘液がまじることがありますか。 [ □なし □あり □時々ある □わからない ] ・黒色の便がでることがありますか。 [ □なし □あり □時々ある □わからない ]				
便採取日		検査結果			
		便潜血	検査月日	判定結果	検診実施機関 判定医師名
1日目	令和 年 月 日	+ . - 判定不能	令和 年 月 日	□精密検査不要 (便潜血陰性)	
2日目	令和 年 月 日	+ . - 判定不能	令和 年 月 日	□要精密検査 (便潜血陽性) □判定不能	