

都城市大腸がん検診受診票

受付番号		医療機関名			
標本番号		料金区分	単独	有料・老人・非課税・生保	
			セット	有料・老人・非課税・生保	
フリガナ		大・昭	性別	男・女	検診年月日
氏名		年 月 日生 (歳)			令和 年 月 日
住所	都城市			電話	
今までに大腸がん検診を受けたことがありますか。 (年度内に市の実施する大腸がん検診を2回以上受けた場合は、2回目以降は検診費用が全額自己負担となります。)	ない	ある →	受診回数 (1回・2回・3回以上) 前回受診日 (年 月) ※今年度、市の実施する大腸がん検診を受診された方は受けられません。 受診内容 (便潜血検査・内視鏡検査・注腸X線検査) 結果 (異常なし・要精検)		
今年度、市が実施する特定健診、後期高齢者健診または生活保護受給者健診を受けましたか。	いいえ	はい →	受診日 (年 月 日) 医療機関名 ()		
今まで大腸の病気にかかったことがありますか。	ない	ある →	大腸ポリープ・潰瘍性大腸炎・大腸憩室炎 クロウン氏病・その他 ()		
ご血縁でがんにかかった方がいますか。(祖父母、父母、兄弟姉妹)	いない	いる →	どなたが () どこのがん ()		
便に血が混じることがありますか。	ない	ある			
痔の出血がありますか。	ない	ある			
おなかが痛くなることがありますか。	ない	ある →	食後・空腹時・排便前		
最近体重の変動がありましたか。	ない	ある →	やせた・太った		
便秘	() 日に () 回 普通便・便秘がち・下痢がち・便秘と下痢が交互・便が出にくい				

便 潜 血 検 査			検診結果	備考
一 日 目	採便 (令和 年 月 日)	陰性・陽性	1 便潜血陰性	
	測定 (令和 年 月 日)			
二 日 目	採便 (令和 年 月 日)	陰性・陽性	2 要精検	
	測定 (令和 年 月 日)			