

枠内をご記入ください

フリガナ

氏名

住所

里庄町大字

生年月日

/ /

受診日

受付番号

年度末年齢

性別

・個別(医療機関)検診受診の方

・集団検診で大腸がん検診のみを受診する方

問診票をご記入ください。

令和8年度 里庄町大腸がん検診問診票

(1)今年度、町が実施する大腸がん検診をはじめて受診しますか。

はい ・ いいえ ※年度内に二重受診した場合には、費用は全額自己負担となります。

(2)大腸がんに関今までかかったことがありますか。

いいえ ・ はい (服薬中 ・ 管理中 ・ 既往 ・ 放置)

(2)血縁の人に大腸がんにかかった人がいますか。

いいえ ・ はい (父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 姉妹)

(3)最近3か月間に自覚症状はありますか。

いいえ ・ はい (腹痛 ・ 食欲不振 ・ 便秘 ・ 便が黒い ・ 便に血が混ざる)

(4)大腸がん検診(便潜血検査)を受けたことがありますか。

いいえ ・ はい→(西暦 年 月頃)

注

集団検診と個別検診では採便容器が違います。個別検診の方は、医療機関から採便容器をお受け取りください。

問診票は、集団検診と個別検診のどちらでも使用できますが、集団健診(特定健診・後期高齢者健診)受診日に同時に提出される場合はこの用紙は不要です。

- 医師記入欄 -

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
実施医療機関名 担当医	