

大腸がん検診 受診票 兼 結果報告書

①一次検診実施機関控

〇〇(市町村)大腸がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医
療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承
します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)大腸がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住 所	(〒)		
フリガナ		男・女	
名 前	様		
生年月日	年 月 日 (歳)		
電話番号			

問 診 内 容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 大腸がん検診を受けたことがありますか？	☐ はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 結果: ☐ 異常なし ☐ 要精密検査(病名) ☐ いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか？	☐ はい ⇒ 血縁関係: ☐ 父母 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖父母) ☐ いいえ ☐ わからない
③ 次の病気にかかったことはありますか？	☐ はい ⇒ ☐ 大腸がん ☐ 大腸ポリープ ☐ 潰瘍性大腸炎 ☐ 痔 (時期: 年前) ☐ いいえ
④ 自覚症状等について からだの調子について教えてください。	☐ よい ☐ 食欲がない ☐ 全身がだるい ☐ 体重が減少した
⑤ 自覚症状等について お腹の調子について教えてください。	☐ よい ☐ 腹痛がある ☐ 黒い便が出る ☐ 便に血が混じる ☐ お腹がはる ☐ 下痢しやすい ☐ 便秘しやすい ☐ 便秘と下痢を繰り返す ☐ 便が細い
⑥ 排便時の状況について、教えてください。	☐ 異常なし ☐ 出血している

便 潜 血 検 査 結 果

便 採 取 日	便 潜 血	検 査 年 月 日
1日目 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能	年 月 日
2日目 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能	年 月 日
大 腸 が ん 判 定 結 果	☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査 ☐ 判定不能	
	医師コメント欄	
検診実施医療機関名 判 定 医 師 名		

大腸がん検診 受診票 兼 結果報告書

②市町村控

〇〇(市町村)大腸がん検診を申し込みます。
この受診票と検診結果及び精密検査の結果が医
療機関から〇〇(市町村)へ返送されることを了承
します。

受付番号		検診年月日	
〇〇(市町村)大腸がん検診 申込 兼 同意書(本人署名)			
住 所	(〒)		
フリガナ		男・女	
名 前	様		
生年月日	年 月 日 (歳)		
電話番号			

問 診 内 容 ※該当する項目の□にレ点を記入してください

① 大腸がん検診を受けたことがありますか？	☐ はい ⇒ 時期:[]年[]月頃 結果: ☐ 異常なし ☐ 要精密検査(病名) ☐ いいえ
② 血縁者で「がん」にかかった人はいますか？	☐ はい ⇒ 血縁関係: ☐ 父母 ☐ 子 ☐ 兄弟/姉妹 ☐ 祖父母) ☐ いいえ ☐ わからない
③ 次の病気にかかったことはありますか？	☐ はい ⇒ ☐ 大腸がん ☐ 大腸ポリープ ☐ 潰瘍性大腸炎 ☐ 痔 (時期: 年前) ☐ いいえ
④ 自覚症状等について からだの調子について教えてください。	☐ よい ☐ 食欲がない ☐ 全身がだるい ☐ 体重が減少した
⑤ 自覚症状等について お腹の調子について教えてください。	☐ よい ☐ 腹痛がある ☐ 黒い便が出る ☐ 便に血が混じる ☐ お腹がはる ☐ 下痢しやすい ☐ 便秘しやすい ☐ 便秘と下痢を繰り返す ☐ 便が細い
⑥ 排便時の状況について、教えてください。	☐ 異常なし ☐ 出血している

便 潜 血 検 査 結 果

便 採 取 日	便 潜 血	検 査 年 月 日
1日目 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能	年 月 日
2日目 年 月 日	☐ 陰性 ☐ 陽性 ☐ 判定不能	年 月 日
大 腸 が ん 判 定 結 果	☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査 ☐ 判定不能	
	医師コメント欄	
検診実施医療機関名 判 定 医 師 名		