令和6年度　大腸がん検診　問診票

浅口市

5月下旬に送付の
令和６年度各種がん検診受診券
を必ず一緒にお持ちください
《各種がん検診受診券　貼付欄》

受 診 日

受付番号

受診料：　75歳以上　200円
75歳未満　600円
41歳　無料

下記太枠内を記入してください

フリガナ		電話番号	（　　―　　―　　）
氏　　名			※日中連絡の取れる番号を記入してください

■今年度、市が実施する大腸がん検診をはじめて受診しますか
（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）
1．はい　　2．いいえ　⇒受診できません

■今までに次のような病気にかかったことがありますか
1．ない　2．ある
胃の病気：がん・潰瘍・ポリープ・その他［　　］
十二指腸の病気：潰瘍・ポリープ・憩室・その他［　　］
大腸の病気：がん・ポリープ・憩室・大腸炎・その他［　　］
肛門の病気：痔・痔ろう・脱肛・その他［　　］

■血縁者で大腸がんにかかった方がいますか
1．いない　2．いる（父・母・兄弟・姉妹）

■何か気になる症状がありますか
1．ない　2．ある（腹痛・食欲不振・便秘・便が黒い・便に血が混じる）

■今までに大腸がん検診（便潜血検査）を受けたことがありますか
1．ない　2．ある（西暦　　年　　月頃）

―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）	4．検体なし
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				

問い合わせ先：健康こども福祉課（浅口市健康福祉センター内）℡　0865－44－7114