

高浜市大腸検診票

※太枠内をこ記入ください。

住 所 高浜市 町 丁目 番地
()
氏 名 _____ 様 (男・女)
生年月日 大正・昭和 年 月 日 (歳)
電話番号 - -

国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

問 診	1) 今までに大腸の検診を受けたことがありますか。 なし あり 便潜血検査 } 注腸造影 } 前回()年前 内視鏡検査 }	6) よく食べるものでは何が好きですか。 ・肉類 ・魚類 ・野菜 ・その他 () 7) 嗜好について タバコ 1. 吸わない 2. 以前に吸った 3. 吸う (1日に…イ. 20本未満 ロ. 20本以上) 酒 1. 飲まない 2. 以前に飲んだ 3. 飲む (イ. 毎日 ロ. 時々) 8) その他で何か気になることがあれば記入してください。 ()
	2) 今までに腸の病気をしたことがありますか。 なし・あり(病名) 歳)	
	3) 今までに腸の手術をしたことがありますか。 なし・あり(病名) 歳)	
	4) あなたと血のつながりのある方でがんにかかった方がいますか。 なし・あり(病名) 続柄)	
	5) 現在、次のような症状がありますか。当てはまるもの全てに○をつけてください。 ・血便 ・下痢 ・便秘 ・痔疾患 ・便か細い ・残便感 ・その他()	

免疫学的便潜血反応検査結果			
1. 一日目		1. 二日目	
—	+	—	+

総合判定			
・異常なし ・要精密検査			
医療機関名 判定医師名		電 算 入 力	

Formulário do Exame de Intestino da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

Endereço: Takahama-shi				
()				
Nome: _____ (Masc • Fem)				
Nascimento:	Ano	Mês	Dia	(Idade)
Telefone:	-	-	-	-

国保利用券	有 • 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

問診	1) Já realizou o exame de intestino antes? Não Sim Exame de sangue oculto nas fezes Enema opaco Endoscopia	Última vez()anos atrás	6) O que você gosta de comer bastante? Carne • Peixe • Legumes • Outros ()
	Resultado do exame() 2) Já teve alguma doença intestinal? Não • Sim (Doença • idade anos)		7) Sobre preferências Cigarro 1.Não fumo 2.Fumava 3.Fumo (Por dia...イ .Menos que 20 □ .Mais que 20) Alcool 1.Não bebo 2.Bebia 3.Bebo (イ .Todo dia □ Às vezes)
	3) Já realizou uma cirurgia intestinal? Não • Sim (Doença • idade anos)		8) Se você tiver quaisquer outras preocupações, anote-as. ()
	4) Algum parente consanguíneo já sofreu de câncer? Não • Sim (Doença • Parentesco)		
	5) Atualmente, possui algum dos sintomas abaixo? Circule todas as opções aplicáveis. • Fezes com sangue • Diarréia • Constipação • Hemorróida • Fezes finas • Sensação de fezes incompletas • Outros()		

免疫学的便潜血反応検査結果			
1. 一日目	—	+	1. 二日目
			—
			+

総合判定			
• 異常なし • 要精密検査			
医療機関名		電算入力	
判定医師名			

高浜市大腸検診結果通知書

住 所	高浜市	町	丁目	番地
()				
氏 名	様 (男・女)			
生年月日	大正・昭和	年	月	日 (歳)
電話番号	-	-		

国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

大腸検診の結果は、次のとおりでしたのでお知らせします。
異常なし…今回の検診では、異常所見は認めません。がんは早期のうちには自覚症状がないものが多いので、症状がなくても年に1回は検診を受けられるようおすすめします。

要精密検査…異常所見が見られますので、この結果通知書と健康保険証・返信用封筒をお持ちのうえ、医療機関で精密検査を受けてください。

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

免疫学的便潜血反応検査結果			
1. 一日目		1. 二日目	
—	+	—	+

総合判定			
・ 異常なし ・ 要精密検査			
医療機関名 判定医師名		電 算 入 力	

Notificação do Resultado do Exame do Intestino da Cidade de Takahama

Endereço: Takahama-shi				
()				
Nome: _____ (Masc • Fem)				
Nascimento:	Ano	Mês	Dia	(Idade)
Telefone:	-	-	-	-

国保利用券	有 ・ 無
自己負担額	円
宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

O resultado do exame de intestino segue conforme abaixo.

Sem anomalias...Não foram encontradas anomalias neste exame. Muitos tipos de câncer não apresentam sintomas em seus estágios iniciais, por isso recomendamos que você faça um check-up uma vez por ano, mesmo que não apresente nenhum sintoma.

Exame minucioso necessário...Como foram achadas anormalidades, leve esta “notificação do resultado”, o “cartão do seguro de saúde” e o “envelope de devolução” para uma instituição médica para um exame minucioso.

Grupo de Promoção da Saúde
Takahama-shi Kasuga-cho 5-165
TEL (0566) 95-9558

Resultado do exame imunológico de reação ao sangue oculto nas fezes			
1.Primeiro dia	—	+	1.Segundo dia
			—
			+

Avaliação Geral			
• Sem anomalias			
• Exame minucioso necessário			
Instituição médica Doutor avaliador		電 算 入 力	

診療依頼書(兼精密検査結果報告書)

医療機関様

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL (0566) 95-9558

本状持参の方は、大腸検診の結果、精密検査が必要と思われますのでよろしくお願い申し上げます。

つきましては、検診結果についてご教示いただきたくお手数ですが、下記の精密検査結果報告書にご記入のうえ、ご送付くださるようお願いいたします。

なお、ご送付の際には受診者持参の返信用封筒をご利用ください。

精密検査の結果	・異常なし ・異常所見のある場合の診断名 1. 大腸がん（粘膜内がん） 2. 大腸がん（粘膜下層がん） 3. 大腸がん（粘膜内がんまたは粘膜下層がん（詳細な深達度不明）） 4. 大腸がん（進行がん） 5. 転移性大腸がん 6. ポリープ（直径 10mm 以上の線種） 7. ポリープ（直径 10mm 未満の線種） 8. ポリープ（非線種） 9. 潰瘍性大腸炎 10. クローン病 11. 憩室 12. 痔 13. 胃の疾病（ ） 14. その他（ ） ※疾患部位（ ）		
診断の方法 及び検査年月日	・注腸造影 年 月 日 ・内視鏡検査 年 月 日 ・生検 年 月 日 ・その他（ ） 年 月 日		
診断後の処置	・治療が必要 ・外科的 ・内科的 ・その他 ・経過観察が必要 ・治療不要 ・他院へ紹介（病院名： ） ・その他（ ）		
		電 算 入 力	

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名