

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	

Phiếu kiểm tra đại tràng thành phố Takahama

※ Vui lòng điền thông tin vào khung in đậm

Địa chỉ Takahamashi chou choume bannchi
()
Họ tên Ông(bà) (Nam · Nữ)
Ngày sinh T · S Năm tháng ng (tuổi)
SDT - -

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	

Phiếu hỏi bệnh

1) Bạn đã từng thực hiện kiểm tra đại tràng chưa?
Chưa từng
Đã từng
Xét nghiệm máu ẩn trong phân
Chụp X-quang có bơm thuốc cản quang
Nội soi đại tràng
Kết quả lần trước: ()
2) Trước đây bạn đã từng mắc bệnh về đường ruột chưa?
Không · Có (Tên bệnh · Tuổi)
3) 今 Trước đây bạn đã từng phẫu thuật đường ruột chưa?
Không · Có (Tên bệnh · Tuổi)
4) Trong gia đình có ai là người thân của bạn từng mắc bệnh ung thư không?
Không · Có (Tên bệnh · Quan hệ)
5) Hiện tại, bạn có các triệu chứng sau đây không?
Hãy đánh dấu ○ vào tất cả những triệu chứng phù hợp.
· Đi cầu ra máu · Tiêu chảy · Táo bón · Bệnh trĩ
· Phân nhỏ, mảnh · Cảm giác đi không hết phân · Khác ()

6) Bạn thường thích ăn những loại thực phẩm nào?
· Thịt · Cá · Rau · Khác ()
7) Về sở thích:
Thuốc lá
1.Không hút 2. Đã từng hút 3. Đang hút
(Mỗi ngày... ..イ .Dưới 20 điếu □ .20 điếu trở lên
Rượu
1.Không uống 2. Đã từng uống 3. Đang uống
(イ .Hàng ngày □ .Thỉnh thoảng)
8) Nếu có điều gì khác khiến bạn lo lắng, xin vui lòng ghi vào đây.
()

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	

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	

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	

Điện thoại: (0566) 95-9558

Kết luận tổng quát			
• Không có bất thường • Cần kiểm tra chi tiết			
Tên cơ sở y tế:		電 算 入 力	
Tên bác sĩ chẩn đoán:			

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. ポリプ（直径 10mm 以上の線種） 7. ポリプ（直径 10mm 未満の線種） 8. ポリプ（非線種） 9. 潰瘍性大腸炎 10. クロールン病 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