

Formulário do Exame de Intestino da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

(Para apresentação à prefeitura)

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: (M・F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

Marque ☒ em uma das opções abaixo		
Notificação de decisão de isenção	0 円	
Seguro Nacional de Saúde (pessoas com 40 anos ou mais)	0 円	
Sistema de Assistência Médica para Idosos	400 円	
Exceto os mencionados acima	800 円	

Perguntas

1. Você já percebeu sangue nas fezes?
Sim Não

2. Você tem hemorroidas ou alguma doença anal/rectal?
Sim Não

3. Você tem apresentado diarreia com mais facilidade recentemente?
Sim Não

4. Você tem apresentado prisão de ventre com mais frequência recentemente?
Sim Não

5. Como está a saúde do seu estômago e intestinos?
1. Muito boa 2. Geralmente boa
3. Às vezes não está boa
4. Sempre ruim

6. Você já teve alguma doença intestinal?
Sim (Nome da doença: anos de idade)
Não

7. Você já passou por alguma cirurgia no intestino?
Sim (Nome da doença: anos de idade)
Não

8. Você já fez o exame de câncer de intestino?
Sim (Por volta do ano mês ,
há anos atrás)
Não

9. Você já realizou exame de rastreamento para câncer de intestino anteriormente?
1) Tipo de exame
(Colonoscopia・Enema opaco・Outro:)
2) Resultado do exame e época em que foi realizado
(Resultado: anos de idade)

1 0. Desta vez, você também realizou o exame de rastreamento do câncer de estômago?
Sim Não

1 1. Quais alimentos você gosta de comer?
Carne Peixe Legumes
Outros ()

1 2. Há alguém na sua família de sangue que já teve câncer?
Sim (Parentesco)
Não

1 3. Você faz uso de algum medicamento de uso contínuo?
Não Sim (Nome do medicamento)

1 4. Sobre hábitos e preferências pessoais
Cigarro 1. Não fumo
2. Parei (anos atrás)
3. Fumo
(Por dia: unidades/
Anos de tabagismo: anos)

Álcool 1. Não bebo
2. Parei (anos atrás)
3. Bebo Mais de 5 dias na semana
De 1 a 4 dias na semana
De 1 a 3 dias no mês

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

・精検不要

・要精検

医療機関名

判定医師名

受診年月日

Notificação do Resultado do Exame do Intestino da Cidade de Takahama

(Via do paciente)

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: _____ (M • F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

Telefone: - -

Marque ☒ em uma das opções abaixo

Notificação de decisão de isenção	0 円	
Seguro Nacional de Saúde (pessoas com 40 anos ou mais)	0 円	
Sistema de Assistência Médica para Idosos	400 円	
Exceto os mencionados acima	800 円	

O resultado do exame de intestino segue conforme abaixo.

Sem necessidade de exame minucioso...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. Além disso, caso haja sintomas percebidos como sangue visível nas fezes ou fezes negras, recomendamos procurar atendimento médico.

Exame minucioso necessário...Como foram achadas anormalidades, leve esta “notificação do resultado”, o “cartão do My Number (Myna Hoken)” ou o certificado de confirmação de elegibilidade, 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 sangue oculto nas fezes

1. Primeiro dia	2. Segundo dia
— +	— +

Avaliação Geral

• Sem necessidade de exame minucioso	Nome da inst. médica	
	Nome do médico responsável pela avaliação	
• Exame minucioso necessário	Data da consulta	

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。

診断結果	☐ 異常所見なし	☐ 異常所見あり (次のABCに記入願います。)
A 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以上の腺腫) 7. ポリープ(直径10mm未満の腺腫) 8. ポリープ(非腺腫) 9. 大腸がん及びポリープ以外の疾患 (潰瘍性大腸炎 / クロウン病 / 憩室 / 痔 / 胃の疾病 () / その他の疾患 ())		
B 診断方法及び検査年月日 (実施された方法すべてについてご記入ください。)		
1. 内視鏡検査 年 月 日 2. 生検 年 月 日 3. その他 () 年 月 日		
C 異常所見のある場合の処置方針		
1. 内視鏡的治療 2. 外科手術 3. 経過観察 4. 特に処置不要 5. その他 () 6. 他院へ紹介(病院名:)		

年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

担当医師名