

川崎市大腸がん検診申込書・記録票

※市記入欄

〒215-0011 川崎市麻生区百合ヶ丘2-7-1

いしだクリニック

TEL.044-955-0250

※ 受診される方へ : 太枠の中を強くお書きください。

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無 一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上	

同日実施 特定健診 肺がん

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名	カナ氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区	電話			

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか () には部位を記入してください。
 1 いない 2 いる (1)父母 () (2)兄弟姉妹 () (3)おじ・おば ()

2 いままで、次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある
 (1)胃・十二指腸・食道の病気 (胃潰瘍 ポリープ その他) いつ⇒(年 月頃)
 (2)大腸の病気 (ポリープ 潰瘍 憩室 大腸炎 腫瘍 その他) いつ⇒(年 月頃)
 (3)肛門の病気 (いぼ痔 痔ろう 切れ痔 その他) いつ⇒(年 月頃)

3 腹部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある (病名)

4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)

5 最近6か月くらいの排便はいかがですか
 (1)下痢気味 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
 (2)便秘気味 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
 (3)便秘と下痢を繰り返す 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
 (4)便が細い 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
 (5)ねばねばした粘液がつく 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
 (6)便に血がまじる 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
 (7)便が黒い 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)

6 最近体重が変化しましたか 1 変わらない 2 増えた 3 減った (kg)

7 過去5年間に大腸の検査を受けたことがありますか
 1 ない 2 ある (前回 年 月頃、場所())
 (1)検査方法 (イ)大腸の透視 (ロ)内視鏡 (ハ)検便 (ニ)その他()
 (2)検査結果 (イ)異常なし (ロ)異常あり 病名()

免疫学的便潜血検査

検査方法	1回目	2回目	判定
1.ラテックス法	1.陰性	1.陰性	1.陰性
2.R-PHA法	2.陽性	2.陽性	2.陽性
3.その他	3.検体不良	3.検体不良	3.検体不良

総合判定 1 異常なし・精密検査不要
 2 要精密検査 ⇒ (1)自院で実施 (2)他院を紹介(医療機関名)

判定医師名 **石田和彦**

医師のコメント

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので 結果を郵送 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
 備考: