

## 大腸がん検診受診票及び大腸がん容器の取扱いについて（お願い）

（１）大腸がん検診受診票の太線枠内の問診及び大腸がん容器の採便日は、必ず記入されるようお願いいたします。採便した容器は、受診票と一緒に受付にて健康事業団のスタッフへお渡しください。

（２）採便日は、できるだけ回収日に合わせて、採便されるようお願いいたします。

特別な理由（便秘・出張など）により、初めから１本しか採便できないとわかっている時は、１回目の便で２本採便されても結構です。

※必ず２本そろえて提出されますようお願いいたします。

なお、２本採便できずに１本だけ提出されましても

大腸がん検診の検査結果としては、「判定不能」となります

のでご注意ください。

（３）採便方法につきましては、容器に添付された「正しい大便のとり方」をご参照ください。

〒859-0401

長崎県諫早市多良見町化屋９８６番地３

公益財団法人長崎県健康事業団 健診事業課 事業所健診班

TEL0957-43-7131（代表）FAX0957-43-7138

# 受診票のご記入方法

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

## 『個人情報の取り扱い』について

◆当事業団における個人情報の取り扱い及び利用目的をご理解のうえ、同意するに○印を記入してください。

◆印字されていない方は、団体(事業所)・所属・氏名・性別・年齢・生年月日を、必ず記入してください。  
また、印字されているもので変更があれば、訂正してください。  
◇氏名には、必ずフリガナを記入してください。

## 『受診歴』について

◆5つの選択肢の中から1つを選び、該当欄の□に☑を記入してください。(※病院での受診も受診歴となります。)

## 『排便(通便)の状態』について

◆7つの選択肢の中から該当欄の□に☑を記入してください。(複数選択可)

## 『3ヶ月以内の腹痛』について

◆“なし”“あり”どちらかに☑を記入してください。

## 『腹部のしこり』について

◆“なし”“あり”どちらかに☑を記入してください。

## 『大腸の病気』について

◆該当する病気があれば□に☑を記入してください。(複数選択可)  
該当しなければ“なし”に☑を記入してください。

## 『血縁の方の大腸がん』について

◆該当する□に☑を記入してください。(複数選択可)  
該当しなければ“なし”に☑を記入してください。

## 大腸がん検診受診票

容器配布日

容器配布No.

0403448

### <個人情報の取り扱いについて>

健康診断で取得した個人情報は、各種検体検査の分析及び結果等の報告に利用します。  
また、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関への追跡調査等にも利用します。  
個人情報の取扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご参照ください。  
当事業団における個人情報の取扱い及び利用に同意しますか？

同意する

### ■漢字氏名・カナ氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。

団体名										
自宅 住所	〒				-					
地区 所属										
フリガナ 氏 名										
生年月日	1 明治 3 昭和	2 大正 4 平成	年		月		日		年 齢	歳
性 別	1 男	2 女	世帯主		自 宅 電 話	-		-		

■HBの鉛筆か0.5mmのシャープペンシルで必ず記入してください。(ボールペン・万年筆は不可)

### 問診 太線枠内の該当する項目に☑マークを記入してください。

●受診歴	●最近、1年以内の排便(便通)の状態はどうか(複数回答可)
<input type="checkbox"/> 1 初回 <input type="checkbox"/> 3 1年前	<input type="checkbox"/> 1 良好 <input type="checkbox"/> 2 便秘気味 <input type="checkbox"/> 3 下痢気味 <input type="checkbox"/> 4 便秘と下痢が不規則にある
<input type="checkbox"/> 4 2年前 <input type="checkbox"/> 6 3年前	<input type="checkbox"/> 5 便が細くなってきた <input type="checkbox"/> 6 便に血や粘液が混じることがある <input type="checkbox"/> 7 その他( )
<input type="checkbox"/> 7 4年以上前	
●最近、3ヶ月以内に腹痛はありましたか	●腹部にしこりをふれることがありますか
<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり
●今までに以下の大腸の病気にかかったことがありますか	●血縁の方で大腸がんにかかった方はいませんか
<input type="checkbox"/> 1 大腸がん <input type="checkbox"/> 2 大腸ポリープ <input type="checkbox"/> 3 大腸憩室 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1 祖父母 <input type="checkbox"/> 2 父母 <input type="checkbox"/> 3 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 4 大腸炎 <input type="checkbox"/> 5 その他の大腸疾患	

ご注意 「便のとおり方」の説明書を必ず検体採取日に合わせて採便してください。  
特に採便後の容器は、冷蔵庫に入れ、できるだけ涼しい所に保管しましょう。  
(温度が高くなると、判定に影響がでることがありますのでご注意ください。)

長崎県健康事業団

〒859-0401 長崎県諫早市多良見町化屋986-3  
TEL 0957-43-7131 (代表) FAX 0957-43-7139

<http://www.npmhc.jp>

記入しないでください



a0403448a



a0403448a