

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、鑑定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 2.大正 3.昭和 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

1.初回 3.1年前
 4.2年前 6.3年前
 7.4年以上前

1.良好 2.便秘気味 3.下痢気味 4.便秘と下痢が不規則にある
 5.便が細くなってきた 6.便に血や粘液が混じることがある 7.その他()

●最近、3ヶ月以内に腹痛はありましたか

1.なし 2.あり

1.なし 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

1.大腸がん 2.大腸ポリープ 3.大腸憩室
 4.大腸炎 5.その他の大腸疾患

1.祖父母 2.父母 3.兄弟
 なし

ご注意 「便のとり方」の説明書を上記の回収日に合わせて採便してください。

特に採便後の空腹時、お風呂場や浴室に入れる、できるだけ涼しい所に保管しましょう。
(温度が30度以上になると、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 0957-43-7139 FAX 0957-43-7139 <http://www.npmhc.jp>

記入しないでください



a0403448a



a0403448a