

令和6年度 松山市大腸がん個別検診受診票

医療機関名		医療機関番号	3	8	1					
-------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--

受診日(=検体回収日) 月 日

医療機関確認者名()

以下の太枠内をご記入ください。

同意書

この検診は、以下の①～④のすべてに同意される方が対象です。よくお読みいただき、同意書に自署をお願いいたします。なお、同意されない場合、受診はできません。

- ①私は検体提出日に松山市に住民票がある40歳以上(今年度末年齢)の者です。
- ②私は今年度(4/1～3/20)に松山市の大腸がん検診を受診していません。
- ③松山市が検診に関する個人情報(住所、年齢、性別、自己負担免除の対象要件等)を確認・使用することを了承します。
- ④今後、上記①②に相違があった場合や、自己負担免除の対象でないことが判明した場合、検診費用最大2,619円を医療機関へ支払うことを約束します。

氏名(自署)		保険の種類	1. 松山市国保 2. 松山市国保以外
--------	--	-------	---------------------

住所 (住民票住所)	松山市 (マンション名など: 号室)	電話 番号	1. 自宅 2. 携帯 ()
---------------	-----------------------	----------	--------------------

フリガナ 氏名		性別	1. 男 2. 女	生年 月日	2. 大 3. 昭 年 月 日 (歳)
------------	--	----	--------------	----------	-------------------------

1	今までに大腸がん検診を受けましたか。該当するもの全部に○をつけてください。 ・便潜血反応 ない・ある(今年・1年前・2年前・3年前) ・内視鏡検査 ない・ある(今年・1年前・2年前・3年前) ・X線検査 ない・ある(今年・1年前・2年前・3年前)	採 便 日	1回目 令和 年 月 日 2回目 令和 年 月 日
---	--	-------------	------------------------------

2	最近、排便(便通)に変わりがありますか。 ない・ある(便秘気味・下痢気味・便秘と下痢が不規則にある)
---	---

3	今までに排便の時など肛門から血が出たり、便に血や粘液が付いたことがありますか。 ない・ある(いつ頃ですか)
---	---

4	特に気になることはありますか。 ない・ある(食欲なし・腹痛・体重の減少・その他())
---	--

5	今までに次の病気をしたり、おなかの手術をしたことがありますか。 (1) (食道・胃・十二指腸)の病気⇒(潰瘍・ポリープ・その他) (2) 大腸の病気⇒(ポリープ・憩室・大腸炎・潰瘍・その他) (3) 肛門の病気⇒(痔・痔ろう・脱肛・その他)	手術(ない・ある) 病名 時期
---	---	-------------------------

6	血縁者に「大腸がん」にかかった人はいますか。 いない・いる(父・母・子・兄・弟・姉・妹・祖父・祖母・おじ・おば・いとこ)
---	---

※下記は医師が記入します。該当する番号に○をしてください。

1回目	1. 陽性(+) 2. 疑陽性(±) 3. 陰性(-) 4. 判定不能(検体不備)	2回目	1. 陽性(+) 2. 疑陽性(±) 3. 陰性(-) 4. 判定不能(検体不備)
結果判定日	令和 年 月 日	判定	1. 精検不要 2. 要精検

※要精検になった方には「精密検査依頼書兼結果報告書」を記入し、精密検査を勧めてください。

☆自己負担金の免除をした場合は、以下、該当する番号に○をしてください。

免除区分 1 = 後期高齢者 2 = 生活保護 3 = 非課税 4 = 中国残留邦人