

稲城市検診 問診票

表

フリガナ		検診日	令和__年__月__日
氏名		生年月日	明治 大正 昭和 __年__月__日(__歳)

検診を希望する項目は、□にチェック☑をつけ、設問にご回答ください。

大腸がん検診 【自己負担金 480円(3割)・320円(2割)・160円(1割)・無料(免除)】

(1) 過去に大腸がん検診を受けたことがありますか	いいえ	・ はい
①受けたことがある場合、前回はいつですか (__年前 ・ わからない)		
②前回受診時、要精密検査と言われましたか	いいえ	・ はい
(2) 最近3か月間の排便の状態について伺います		
①便秘をすることがある	いいえ	・ はい
②下痢をすることがある	いいえ	・ はい
③便が出にくい感じがある	いいえ	・ はい
④便が細くなることがある	いいえ	・ はい
⑤便に血や粘膜が混じることがある	いいえ	・ はい
⑥黒色の便が出る事がある	いいえ	・ はい
(3) 最近3か月に次の症状がありましたか		
①血を吐いた	いいえ	・ はい
②吐き気、嘔吐	いいえ	・ はい
③食欲がない	いいえ	・ はい
④食物が通りにくい	いいえ	・ はい
(4) 痔の病気はありますか	いいえ	・ はい
(5) 食道、胃、小腸、肛門の病気はありますか	いいえ	・ はい
症状、病名など()		
(6) 血縁の人にがんにかかった人がいますか	いいえ	・ はい

結核検診 (胸部レントゲン検査)

(1) 最近、咳・痰(たん)など呼吸器で気になることはありますか	いいえ	・ はい
具体的な症状()		
(2) 今までに肺の病気にかかったことがありますか	いいえ	・ はい
症状、病名など()		
(3) 肺のレントゲンで異常を指摘されたことがありますか	いいえ	・ はい
症状、病名など()		
(4) (2)と(3)で「はい」と回答された方、現在治療中ですか	いいえ	・ はい

裏面もご確認ください