

追加) 検体数の記入のお願い

大腸がん検診問診票 (個別検診)



※赤枠内は、医療機関でご記入ください。

1.健診機関番号	3.負担金 ① 300円 ② 生保	課税
2.医療機関名		

※受診者の方へ…太枠の中をご記入ください

預かった検体の本数を必ず記入してください

フリガナ	学校区	男・女	生年月日	大正 年 月 日
氏名				昭和 (歳)
住所	〒86- -	熊本市	電話番号 (-)	

つぎの質問 (1~7) の該当事項に○印のご記入、またはお答えください。

1. 痔の症状がありますか? → いいえ ・ はい

2. これまでに貧血を指摘されたことがありますか? → いいえ ・ はい

3. 3ヶ月以内に便に血がついていたり、肛門から出血したことがありますか?

いいえ → 色は? → ①まっか ②赤黒い ③黒い

はい → 出血の状態は? → ①血が便に混じる ②血がポタポタでる ③血が紙につく程度

4. 腹部に次の症状がありますか?

ない → ①便がすっきりでない ②便の回数の増加

ある → ③下腹部にしこりが感じられる ④下腹部に痛みが感じられる ⑤その他 ()

5. 両親や血のつながった方にガンにかかった人はいますか?

いいえ → ①大腸 (続柄:) ②胃 (続柄:)

はい → ③肝臓 (続柄:) ④肺 (続柄:)

⑤その他 (続柄:) (続柄:)

6. 便通はいかがですか?

①毎日ある ②便秘ぎみ () 日に () 回 ③下痢ぎみ

④便秘と下痢をくりかえす ⑤その他 ()

7. これまでに大腸がん検診を受けたことがありますか?

ない ・ ある (毎年 ・ 1年前 ・ 2年前 ・ 3年前 ・ 4年前 ・ わからない)

この検診で得た個人情報については、大腸がん検診の目的以外では使用しません。

特定健診併用人間ドック 依頼報告パターン① (特定健康診査票のみを使用)

○依頼書作成 (特定健康診査票のみを使用)



①対象区分

年齢区分	対象区分					
	熊本市国保	広域連合	生活保護		被用者保険	その他(事業所等)
～39	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40～64	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
65～74	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
75～		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

②追加項目

追加項目 (上記の特定健診セット以外に追加される場合、下記枠内に○印で指示下さい)

<input type="checkbox"/> (0062) クレアチニン	<input type="checkbox"/> (0063) 尿酸	<input type="checkbox"/> (0001) 総蛋白	<input type="checkbox"/> (0011) 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> (0024) A L P
<input type="checkbox"/> (0041) 総コレステロール	<input type="checkbox"/> (0002) アルブミン	<input type="checkbox"/> (0712) C R P 定量	<input type="checkbox"/> (0741) フェリチン定量	<input type="checkbox"/> (0821) P S A
<input type="checkbox"/> (0851) HBs抗原定性	<input type="checkbox"/> (0861) HCV抗体	<input type="checkbox"/> (3455) HCV-RNA定量	<input type="checkbox"/> (3421) HBV-RNA定量	<input type="checkbox"/> (0881) R P R 定性
<input type="checkbox"/> (0883) TPHA法定性	<input type="checkbox"/> (1001) A B O 式	<input type="checkbox"/> (1003) R h 式	<input type="checkbox"/> (1100) 尿一般定性	<input type="checkbox"/> (1111) 尿沈渣

その他

※熊本市住民健診として便へ検査を実施するときは記入しないでください

③詳細な健診項目

詳細項目

<input checked="" type="checkbox"/>	貧血	心電図	眼底
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

詳細な健診	貧血検査	実施理由 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 質問票と診察 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活機能検査
	心電図検査	実施理由 前年度の結果により実施する理由 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 質問票と診察 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活機能検査
	判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中
	所見	<input type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()
眼底検査	実施理由	前年度の結果により実施する理由 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 質問票と診察
	判定	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中
	KW分類	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
	シェイプ分類	H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>
	スコット分類	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Va <input type="checkbox"/> Vb <input type="checkbox"/> VI
	他の所見	()

- ① 特定健康診査票1枚目に受診券に基づき対象区分を記入
- ② 特定健康診査票3枚目人間ドックの項目で**特定健診に含まれる項目以外**を記入
- ③ 貧血検査 (血液一般) の取扱い
 詳細な健診項目の実施基準に基づいて実施する場合は、詳細項目 (貧血) と実施理由を記入
 人間ドック項目として実施する場合は、詳細項目 (貧血) のみ記入し、**実施理由は記入しない**

○報告書



- ①ヘルスケアセンターより特定健康診査結果通知票を送付
- ②医師会検査センターより特定健診項目及び追加項目依頼分と一緒に記載された報告書を送付

○結果説明



- ① 特定健診結果通知票 - 特定健康診査についての結果を説明
- ② 人間ドック報告書 (各健診機関にて作成) - 人間ドックについての結果及び総合判定を説明

特定健診併用人間ドック 依頼報告パターン② (特定健康診査票と検査センター依頼書を使用)

○依頼書作成 (特定健康診査票と検査センターの依頼書を使用)

特定健康診査票 (提出用)
特定健康診査票1枚目

+

②検査センター依頼書

①対象区分

年齢区分	対象区分				
	熊本市国保	広域連合	生活保護	被用者保険	その他(事業所等)
~39	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
40~64	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
65~74	<input checked="" type="checkbox"/>				
75~		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

③詳細な健診項目

詳細項目		
<input checked="" type="checkbox"/> 貧血	心電図	眼底
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

貧血検査	実施理由 <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 質問票と診察 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活機能検査
心電図検査	実施理由 前年度の結果により <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 質問票と診察 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活機能検査 実施する理由 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中 所見 <input checked="" type="checkbox"/> 所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり ()
眼底検査	実施理由 前年度の結果により <input type="checkbox"/> 質問票 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 質問票と診察 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活機能検査 実施する理由 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要指導 <input type="checkbox"/> 要医療 <input type="checkbox"/> 治療中 K W分類 <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV シェイプ分類 H <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> スコット分類 <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> I a <input type="checkbox"/> I b <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V a <input type="checkbox"/> V b <input type="checkbox"/> VI 他の所見 ()

- ① 特定健康診査票1枚目に受診券に基づき対象区分を記入
- ② 検査センター依頼書に人間ドックの項目で **特定健診に含まれる項目以外** を記入
- ③ 貧血検査 (血液一般) の取扱い
詳細な健診項目の実施基準に基づいて実施する場合は、詳細項目 (貧血) と実施理由を記入
人間ドック項目として実施する場合は、**検査センター依頼書に記入**

○報告書

**①ヘルスケアセンター
特定健康診査結果通知票**

**②医師会検査報告書
特定健診項目**

**③検査センター結果報告書
依頼書項目分**

別紙

- ①ヘルスケアセンターより特定健康診査結果通知票を送付
- ②医師会検査センターより特定健診項目の報告書を送付
- ③検査センターより依頼項目の報告書を送付

○結果説明

**①ヘルスケアセンター
特定健康診査結果通知票**

**②各医療機関
人間ドック報告書**

- ① 特定健診結果通知票 - 特定健康診査についての結果を説明
- ② 人間ドック報告書 (各健診機関にて作成) - 人間ドックについての結果及び総合判定を説明