

住 所 <small>(住 民 票 表記のもの)</small>	〒 - 千葉市 区		
フリガナ 氏 名			
生年月日	M・T S 年 月 日	性別	男・女
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) - - -		

〈医療機関の方にお願いします。〉
医療機関は、ここに受診券シールを貼ってください。
←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

整 理 番 号 | 22 | 521

検診費用
70歳以上無料

医療機関コード*	
医療機関名	
所在地	
医師名	印

*個別医療機関は千葉市大腸がん検診登録医師名を記入
(自署しない時は押印が必要)

次の項目に○印または記入をしてください。

検 診 歴	1 大腸がん検診を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある (年 月) 2 大腸がん精密検査を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある (年 月)
喫 煙 歴	1 たばこを吸いますか。 1 吸う 2 吸わない 2 現在たばこを吸っている方へ禁煙についてお聞きします。 1 1か月以内に禁煙したい 2 いずれ禁煙したい
自 覚 症 状	1 最近、以下の自覚症状はありますか。 1 特になし 2 便に血が混じる 3 下痢と便秘を繰り返す 4 便秘 5 腹にしこりがある 6 腹が張る(痛む) 7 吐き気がする 8 やせてきた
家 族 歴	1 あなたの両親又はきょうだいで、大腸がん・ポリープ・潰瘍と診断された人はいますか。 1 いない 2 いる(父 母 きょうだい)

コ ー ド			
受付番号			
受診年月日(検体提出日)西暦			
2 0 年 月 日			
採便日	1回目	(西暦) 20 年 月 日	1・2・検体不良 - +
	2回目	(西暦) 20 年 月 日	1・2・検体不良 - +
検 診 結 果	1 精密検査不要 (便潜血陰性)	2 要精密検査 (便潜血陽性)	

医師記入欄	※要精密検査判定者への紹介医療機関等
-------	--------------------

住 所 〔住 民 票 表記のもの〕	〒 - 千葉市 区
フリガナ 氏 名	
生年月日	M・T S 年 月 日 性別 男・女
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) — —

〈医療機関 確認事項〉
←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

整 理 番 号 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

検診費用
70歳以上無料

医療機関名	
所在地	
医師名	

※個別医療機関は千葉市大腸がん検診登録医師名を記入

次の項目に○印または記入をしてください。

検 診 歴	1 大腸がん検診を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある (年 月) 2 大腸がん精密検査を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある (年 月)
喫 煙 歴	1 たばこを吸いますか。 1 吸う 2 吸わない 2 現在たばこを吸っている方へ禁煙についてお聞きします。 1 1か月以内に禁煙したい 2 いずれ禁煙したい
自 覚 症 状	1 最近、以下の自覚症状はありますか。 1 特になし 2 便に血が混じる 3 下痢と便秘を繰り返す 4 便秘 5 腹にしこりがある 6 腹が張る(痛む) 7 吐き気がする 8 やせてきた
家 族 歴	1 あなたの両親又はきょうだいで、大腸がん・ポリープ・潰瘍と診断された人はいますか。 1 いない 2 いる(父 母 きょうだい)

コ ー ド		
受付番号	受診年月日 (検体提出日) 西暦 20 年 月 日	
採便日	1回目 (西暦) 20 年 月 日 2回目 (西暦) 20 年 月 日	1・2・検体不良 - + 1・2・検体不良 - +
検 診 結 果	1 精密検査不要 (便潜血陰性)	2 要精密検査 (便潜血陽性)

医師記入欄	※要精密検査判定者への紹介医療機関等
-------	--------------------

住 所 〔住 民 票 表記のもの〕	〒 - 千葉市 区	
フリガナ 氏 名		
生年月日	M・T S 年 月 日 性別 男・女	
電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先) - - -	

〈医療機関 確認事項〉
←※受診者が記入した左の太枠の住所等の記載に、漏れがないか確認をしてください。

整 理 番 号 | | | | | | | |

検診費用
70歳以上無料

医療機関名	
所在地	
医師名	印
(自署しない時は押印が必要)	

次の項目に○印または記入をしてください。

検 診 歴	1 大腸がん検診を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある (年 月) 2 大腸がん精密検査を受けたことがありますか。 1 ない 2 ある (年 月)
喫 煙 歴	1 たばこを吸いますか。 1 吸う 2 吸わない 2 現在たばこを吸っている方へ禁煙についてお聞きします。 1 1か月以内に禁煙したい 2 いずれ禁煙したい
自 覚 症 状	1 最近、以下の自覚症状はありますか。 1 特になし 2 便に血が混じる 3 下痢と便秘を繰り返す 4 便秘 5 腹にしこりがある 6 腹が張る(痛む) 7 吐き気がする 8 やせてきた
家 族 歴	1 あなたの両親又はきょうだいで、大腸がん・ポリープ・潰瘍と診断された人はいますか。 1 いない 2 いる(父 母 きょうだい)

コ ー ド										
受付番号			受診年月日(検体提出日)西暦							
			2	0	.	年	.	月	.	日
採便日	1回目	(西暦)	20	年	月	日	1・2・検体不良 - +			
	2回目	(西暦)	20	年	月	日	1・2・検体不良 - +			
検 診 結 果	1 精密検査不要 (便潜血陰性)					2 要精密検査 (便潜血陽性)				

医師記入欄	※要精密検査判定者への紹介医療機関等
-------	--------------------

大腸がん検診を受診された方へ

大腸がん検診の結果について、以下の説明をお読みになり、今後のがん予防及び早期発見・治療にお役立てください。

★がん検診の結果を知りましょう。

検診を受けた医療機関から結果について説明を聞きましょう。
集団検診ご利用の方は、郵送された結果を確認しましょう。

「検診結果」は以下のうちどれでしたか？

- 精密検査不要（便潜血陰性） →①へ
- 要精密検査（便潜血陽性） →②へ

①「精密検査不要（便潜血陰性）」の方

今回の検診では異常は認められませんでした。今後も定期的に大腸がん検診を受けましょう。もし、自覚症状を感じたら早めに医療機関を受診してください。

②「要精密検査（便潜血陽性）」の方

便に出血が認められたため、精密検査を受ける必要があります。
→「★精密検査の受け方」へ

★精密検査の受け方

○個別検診の方は、医療機関で発行される「千葉市大腸がん精密検査依頼書」と「健康保険証」をお持ちになり、受診してください。

○集団検診の方は、千葉市から発行される「千葉市大腸がん精密検査結果連絡票」と「健康保険証」をお持ちになり、受診してください。

※受診先の参考として、別紙「精密検査のご案内」裏面、大腸がん精密検査協力医療機関をご覧ください。

大腸がん検診では、大腸がんを100%発見できるものではありません。自覚症状があった時には、すぐに医療機関を受診してください。

★大腸がんとは

大腸がんは、長さ2mの大腸（結腸・直腸・肛門）に発生するがんです。日本人ではS状結腸と直腸にがんができやすいといわれています。がんの部位別罹患率をみると、男性で3位、女性で2位となっています。（出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」（全国がん登録））

大腸がんは早期であれば、ほぼ100%近く治すことができますが、一般的には早期の段階では自覚症状がありません。従って、無症状の時期に発見することが重要となります。

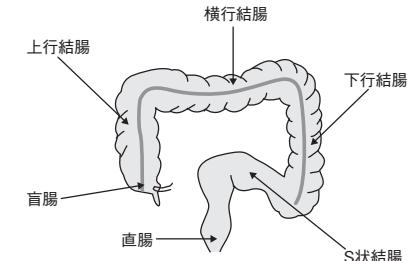
①症状

大腸のどの部分に、どの程度のがんができるかによって異なります。

【主な症状】

- ・血便・下血・下痢と便秘を繰り返す
- ・便が細い・便が残る感じ・おなかが張る
- ・腹痛・貧血・原因不明の体重減少など

中でも最も多いのは血便です。しかし、便潜血陽性のすべてが、がんというわけではありません。痔による出血との判断は難しいので自己判断せず、早めに専門医を受診してください。



②予防へ向けたアドバイス

赤肉（牛、豚、羊など）や加工肉（ベーコン・ハム・ソーセージ等）の摂取、飲酒、喫煙により大腸がんの発生する危険性が高まります。食生活に注意し、適度な運動を心がけ、体脂肪の過多、腹部の肥満に気をつけましょう。

健康に関する相談先

各区保健福祉センター健康課では、生活習慣病予防等の健康相談の他、禁煙サポート（たばこをやめたい方の個別相談）を行っています。また、健康課から健康に関する講演会等のご案内をさせていただくことがありますので、ご了承ください。

健康課の情報は、先にお届けした「がん検診等のご案内」をご覧ください。

検診の結果は集計して公表される場合がありますので、ご了承の上、ご受診願います。ただし、公表にあたっては、集計された数値だけが公表され、名前など個人情報に関するることは、一切公表されません。

【検診に関する問い合わせ先】

千葉市保健福祉局健康福祉部健康支援課
TEL 043-238-1794 FAX 043-238-9946