

## がん検診問診票

受検者氏名		住民登録番号		電話番号	自宅	
					携帯電話	
<input type="checkbox"/> 健康保険加入者 <input type="checkbox"/> 医療給与受給権者			E-mailアドレス			
			健康診断結果通知書の受取方法		<input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> e-mail	
住所					郵便番号	
					-	

## ※ がん検診(共通)に関する質問

※ 以下の質問を読み、あなたの現在の状態に該当する答えに「○」印をつけてください。

1. 現在、身体の部位に不便を感じる症状が一つでもありますか。

① はい(症状: ) ② いいえ

2. ここ6カ月間、理由もなく5Kg以上体重が落ちましたか。

① いいえ      ② 体重減少 (                      kg)

3. 本人、親、兄弟、姉妹、子供のうち、現在がんを患っている方や過去に患ったことのある方がいますか。

がんの種類	いない	わからない	いる(複数選択可)				
			本人	親	兄弟	姉妹	子供
胃がん							
乳がん							
大腸がん							
肝臓がん							
子宮頸がん							
肺がん							
その他 (            がん)							

4. あなたは**次の検査**を受けたことがありますか。

検査名		検査時期			
		10年以上または 検査経験無し	1年未満	1年以上～ 2年未満	2年以上～ 10年未満
胃がん	胃造影検査(胃X線撮影)				
	胃内視鏡				
乳がん	乳房撮影				
大腸がん	便潜血検査(大便検査)				
	大腸二重造影検査(大腸X線撮影)				
	大腸内視鏡				
子宮頸がん	子宮頸部細胞検査				
肺がん	胸部CT検査				
肝臓がん	腹部超音波	検査経験無し	6カ月以内	6カ月から 1年の間	1年以上

※ 胃がん、大腸がん、肝臓がん、肺がんに関する質問

※ 該当するところに「○」印をつけてください。

5. 現在または過去に診断された胃腸疾患がありますか。

疾患名	胃潰瘍	萎縮性胃炎	腸上皮化生	胃ポリープ	その他	無し
疾患の有無						

6. 現在または過去に診断された大腸肛門疾患がありますか。

疾患名	大腸ポリープ	潰瘍性大腸炎	クローン病	痔(痔核、裂肛)	その他	無し
疾患の有無						

7. 肝臓疾患がありますか。

疾患名	B型肝炎キャリア	慢性B型肝炎	慢性C型肝炎	肝硬変	その他	無し
疾患の有無						

8. 現在または過去に診断された肺疾患がありますか。

疾患名	慢性閉塞性肺疾患 (慢性気管支炎、肺気腫など)	肺結核	肺結節	間質性肺疾患	じん肺症	その他	無し
疾患の有無							

※ 乳がん及び子宮頸がんに関する質問(女性の方のみお答えください。)

9. 生理が始まったのはいつですか。

- ① 満\_\_\_\_\_歳      ② 初経がなかった

10. 現在の生理状態はどうですか。

- ① まだ生理をしている      ② 子宮摘出術を受けた  
③ 閉経している(閉経年齢: 満\_\_\_\_\_歳)

11. 閉経後の症状を緩和するために、ホルモン剤を服用しているか、服用したことがありますか。

- ① ホルモン剤を服用したことがない      ② 2年未満で服用した  
③ 2年以上～5年未満で服用した      ④ 5年以上間服用した      ⑤ わからない

12. 子供は何人出産しましたか。

- ① 一人      ② 二人以上      ③ 出産の経験無し

13. 母乳授乳の有無および総授乳期間は。

- ① 6カ月未満      ② 6カ月～1年未満      ③ 1年以上      ④ 授乳したことがない

14. 過去に乳房の良性腫瘍と診断されたことがありますか。

(良性腫瘍とは、悪性腫瘍であるがんではなく、その他の嚢腫やしこりなどを意味します)

- ① はい      ② いいえ      ③ わからない

15. 避妊薬を服用しているか、服用したことがありますか。

- ① 避妊薬を服用したことがない      ② 1年未満で服用した  
③ 1年以上服用した      ④ わからない