

## がん検診 問診票

一般健康検診

生涯転換期健康診断

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		
住所	市(道)	区(市・郡)	洞(面)	里	番地	郵便番号
						-

※ 貴方は、国民健康保険公団、疾病管理本部、又は保健所が提供する健康関連情報及び事業の案内をメール又は郵便などで受け取ることに同意しますか？ はい  いいえ

### ※ がん検診（共通）に関する質問

※ 以下の質問を読み、**貴方の現在の状態**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**がありますか？

① はい (症状: \_\_\_\_\_)                      ② いいえ

2. **最近6ヶ月の間に理由もなく5Kg以上の体重が減少**しましたか？

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							
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なし	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	便潜血反応検査 (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				
肝臓がん	肝超音波	検査経験なし	6ヶ月以内	6ヶ月から1年の間	1年以前

※ 胃がん、大腸がん、肝臓がんに関する質問

※ 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	なし
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	なし
疾患の有無						

7. 肝臓疾患をお持ちですか？

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	なし
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）

8. 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

9. 現在、生理の状態はどうですか？

- 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）

10. 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、過去に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年未満の間服用した  
③ 2年以上～5年未満の間服用した      ④ 5年以上の間服用した      ⑤ わからない

11. 子供を何人出産しましたか？

- ① 一人      ② 二人以上      ③ 出産の経験なし

12. 母乳授乳の有無および総授乳期間は？

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

13. 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、しこりなどを言う）

- ① はい      ② いいえ      ③ わからない

14. 避妊薬を服用しているか、過去に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年未満の間服用した  
③ 1年以上服用した      ④ わからない