

日本語の検診記録票への記載の際にご活用ください。

様式第 1 号 (1) (医疗机构留存用)

宇都宮市 心电图・貧血・大腸癌・前列腺癌筛查记录票

・请用楷书工整填写。
・本表为复写纸，请用力书写。

费用类别		1	一般			2	免除			筛查日期			年		月		日			
		受诊券号码																		
地址	宇都宮市										姓名		片假名注音		1	男		2	女	
	电话号码 ()												1 明治 2 大正 3 昭和		年		月		日	

问诊	既往史	至今为止患过什么疾病吗？															
		1	没有				2	有 ()									
	家族史	亲生父母、亲兄弟姐妹中有人患过癌症吗？															
		1	没有				2	有 ()									
	自觉症状	目前有什么自觉症状吗？															
		1	没有				2	有 ()									

◆心电图检查（详细筛查 有・无） ◆貧血检查（详细筛查 有・无）

所见											貧血	红细胞数								x 万/ 3mm ³					
												血红蛋白※								g / d l					
												红细胞压积值※								%					
判定	1	无异常		2	需生活指导		3	需治疗		4	治疗中		判定	1	无异常		2	需生活指导		3	需治疗		4	治疗中	

◆大腸癌筛查 ◆前列腺癌筛查（对象为 50 岁以上男性）

检查结果	采便日			便潜血			P S A 检查值										ng /ml		
	第 1 天	年 月 日		1	+	2	-	判定	1	无异常									
		第 2 天	年 月 日		1	+	2		-	2	无需精密检查 理由 ()								

判定	1	无异常			
	2	无需精密检查 (理由:)			
	3	需精密检查 ----- 推荐医疗机构名称		3	需精密检查 ----- 推荐医疗机构名称

实施医疗机构名称及医生姓名	备注 栏		※请四舍五入保留到小数点 后一位。