

胸部（X線）検診票

当日の体温を記入してください。
℃

市町村受付No.

太線枠の中をお書きください。

現住所	〒	
フリガナ		国保
氏名		
検診年月日		
検診会場		

生年月日	T 年 月 日	性別	男・女	年齢	歳
電話番号	0855— (携帯) —		—		

フィルムNo.	喀痰
	<input type="checkbox"/>

質問項目（太線枠の中の質問事項にお答えください。各項目の該当する番号に○印を、[]に数値を記入してください。）

A 今まで肺の病気にかかった事があれば、番号に○印をし、その病気の発病年齢を[]に記入してください。

- 1 肺がん [] 才頃
- 2 肺結核 [] 才頃
- 3 ろくまく炎 [] 才頃
- 4 ぜんそく [] 才頃
- 5 肺炎 [] 才頃
- 6 慢性気管支炎 [] 才頃
- 7 気管支拡張症 [] 才頃
- 8 肺気腫 [] 才頃
- 9 気胸 [] 才頃
- 10 じん肺 [] 才頃
- 11 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) [] 才頃
- 12 その他 [] 才頃
- 13 肺の手術 [] 才頃

B 現症について該当する項目があれば、番号に○印を記入してください。

- 1 せきがよくでる 2 たんがよくでる
- 3 血痰が(6ヶ月以内に)出たことがある
- 4 胸が痛い 5 息切れがする
- 6 その他

C 女性の方のみお答えください。現在妊娠している又は妊娠の可能性ありますか。

- 1 ある 2 ない

D タバコ（加熱式タバコ含む）について該当する項目を一つ選んで番号に○印を記入してください。（2、3を選んだ場合は枠内の1日の本数、喫煙期間も記入）

- 1 吸わない
- 2 以前に吸っていた } 1日[]本
- 3 吸っている } []才～[]才

E 今までに検診で胸の検査（レントゲン・CT等肺がん検診を含む）を受けたことがありますか。

- 1 ある []年前 2 ない

↓
*あるの方は以下の問いにお答えください。

・どこで受診されましたか。

- 1 市町村の検診 2 職場の健診
- 3 人間ドック 4 病院等
- 5 その他[]

・その時、異常があると言われましたか。

- 1 はい 2 いいえ

↓
その結果はどうでしたか []

F 仕事で以下のようなものに関わる作業をしたことがありますか。

- 1 石綿（アスベスト） []年間
- 2 粉じん作業 []年間
- 3 その他特殊健診を要する業務 []年間

★浜田市の結核肺がん検診の対象は、40歳以上（昭和58年4月1日以前生まれ）で浜田市に住民票がある人です。対象外であることが確認された場合や年度内に複数回受診された場合は、全額自己負担となりますので、ご了承ください。

このことを理解の上、結核肺がん検診を受診します。 (チェックしてください)

