

結核・肺がん検診（胸部X線検査）質問票

カ ナ		<input type="checkbox"/>
氏 名		男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
住 所	延岡市	
電話番号	- -	

①最後に肺がん検診(胸部X線、CT等)を受けたのはいつですか。
 初めて 去年 2年以上前・不明 結果は、
 ※その時、異常があるとされましたか。
 いいえ はい ⇒ _____

②今まで下記にあてはまる病気をしたことがありますか。
 なし 肺がん 肺結核 肺炎 喘息
 COPD じん肺 その他()

③現在、以下のような肺に関する症状はありますか。
 なし せき 痰 胸痛 息切れ
 血痰(最近、6ヶ月以内) その他()
 ※6ヶ月以内に血痰のあった方は、
直接医療機関を受診してください。

④たばこについて。
 吸う やめた () 年前からやめた 吸わない
 ※吸う方、やめた方
 1日平均 本 年間 喫煙指数 ※記入不要

⑤粉じん作業をしたことがありますか。 なし
 石綿 粉じん その他特殊健診を 年間
 (アスベスト) 要する業務

[1] 喀痰採取不要	検 診 日	
[2] 要喀痰採取	X線番号	
[3] 希望せず	喀痰番号	

太枠内をえんぴつで

ご記入ください

結核・肺がん検診（胸部X線検査）質問票

カ ナ		<input type="checkbox"/>
氏 名		男・ <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
住 所	延岡市	
電話番号	- -	

①最後に肺がん検診(胸部X線、CT等)を受けたのはいつですか。
 初めて 去年 2年以上前・不明 結果は、
 ※その時、異常があるとされましたか。
 いいえ はい ⇒ _____

②今まで下記にあてはまる病気をしたことがありますか。
 なし 肺がん 肺結核 肺炎 喘息
 COPD じん肺 その他()

③現在、以下のような肺に関する症状はありますか。
 なし せき 痰 胸痛 息切れ
 血痰(最近、6ヶ月以内) その他()
 ※6ヶ月以内に血痰のあった方は、
直接医療機関を受診してください。

④たばこについて。
 吸う やめた () 年前からやめた 吸わない
 ※吸う方、やめた方
 1日平均 本 年間 喫煙指数 ※記入不要

⑤粉じん作業をしたことがありますか。 なし
 石綿 粉じん その他特殊健診を 年間
 (アスベスト) 要する業務

[1] 喀痰採取不要	検 診 日	
[2] 要喀痰採取	X線番号	
[3] 希望せず	喀痰番号	

太枠内をえんぴつで

ご記入ください