

★下記の質問票をご記入の上、検診にお持ちください。

★新型コロナウイルス感染症予防のため、会場に来られる際にはマスクの着用をお願いします。

結核・肺がん検診(胸部X線検査)質問票		
カ ナ		男・女
氏 名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住 所		
電話番号	- -	
太 枠 内 を え ん び つ で  ご 記 入 く だ さ い	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。	
	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 去年 <input type="checkbox"/> 2年以上前・不明      結果は ※その時、異常があると言われましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 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。	
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 血痰(最近、6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> その他(      )		
④たばこについて。 ※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。		
<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた (      )年前からやめた <input type="checkbox"/> 吸わない ※吸う方、やめた方 1日平均 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 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。 <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 粉じん <input type="checkbox"/> その他特殊健診を要する業務 <input type="text"/> 年間		
[ 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	

ホームページ

結核・肺がん検診(胸部X線検査)質問票		
カ ナ		男・女
氏 名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)	
住 所		
電話番号	- -	
太 枠 内 を え ん び つ で  ご 記 入 く だ さ い	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。	
	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 去年 <input type="checkbox"/> 2年以上前・不明      結果は ※その時、異常があると言われましたか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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。	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 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。	
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 血痰(最近、6ヶ月以内) <input type="checkbox"/> その他(      )		
④たばこについて。 ※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。		
<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> やめた (      )年前からやめた <input type="checkbox"/> 吸わない ※吸う方、やめた方 1日平均 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 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。 <input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 石綿 <input type="checkbox"/> 粉じん <input type="checkbox"/> その他特殊健診を要する業務 <input type="text"/> 年間		
[ 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	

ホームページ

切り取り