

# 肺がん検診 受診票

医療機関名

受診日	令和 年 月 日	喀痰検査	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
フリガナ		生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 歳
氏名	男 ・ 女		
住所	〒 松本市	TEL	

## 問診事項 ※該当する項目に○をしてください。

次の職業に従事したことがある	なし アスベストを扱った仕事 石工 鉱山関係 炭鉱 道路工事
過去に胸の病気をしたことがある	なし 肺がん 肺炎 肺結核 肋膜炎 気胸 肺気腫 じん肺 心疾患
現在、胸の病気で治療中である	なし 肺がん 肺炎 肺結核 肋膜炎 気胸 肺気腫 じん肺 心疾患
喫煙歴	やめた 吸っている なし └──────────┘ └──────────┘ 1日約 _____ 本 喫煙期間 _____ 年間
近くに喫煙者がいる	いいえ はい
1ヶ月以上続くせきがある	いいえ はい
1ヶ月以上続くたんがある	いいえ はい
6ヶ月以内に血たんがあった	いいえ はい

※この用紙は結果と共に戻りませんので必要な場合はコピーを取ってご提出ください。