

肺がん・結核検診受診票

※必ず受診票をお持ちください。
足りない場合は、当日、受付でお申し出ください。

フリガナ		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	()歳	生年月日 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
世帯主		明大昭 電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3年以内に名字住所が変わった人 名字()住所()		

該当する <input type="checkbox"/> の中に ○印を <input type="checkbox"/> の中には 数字を それぞれ 記入して ください。	質問	・せきやたんが3週間以上続けて出る <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ たんの検査もお勧めします。 ・血のようなものがまじった「たん」が6か月以内に出た <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 速やかに医療機関を受診してください。 (女性のみ) 現在妊娠している、または妊娠の可能性がある <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 妊娠期間中は受診できません。	※検査機関記入欄 受診日 No.	
	タバコ	<input type="radio"/> 吸っていない 吸っている人、吸ったことがある人 <input type="radio"/> 吸っている 1日 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 年 <input type="radio"/> 吸っていた ※やめて1年未満は、吸っているにしてください。(1日喫煙本数×喫煙年数が600を超える人は、たんの検査もお勧めします。)		※加熱式たばこはカートリッジの本数を喫煙本数とします。 ※喫煙年数が1年未満の場合は、1年にしてください。
	病歴	<input type="radio"/> 肺がんの手術歴がある <input type="radio"/> 結核の病歴がある <input type="radio"/> 肺がん以外のがん病歴がある <input type="radio"/> 肺気腫・肺線維症の病歴がある <input type="radio"/> 粉じん環境での仕事歴がある <input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで		
	受検歴	<input type="radio"/> 前回、胸部X線検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた <input type="radio"/> 前回、胸部CT検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた		

かくたん細胞診(たんの検査)を希望しますか	す る ・ し な い
裏面もご記入ください	

切り取り

肺がん・結核検診受診票

※必ず受診票をお持ちください。
足りない場合は、当日、受付でお申し出ください。

フリガナ		性別 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
氏名	()歳	生年月日 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
世帯主		明大昭 電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3年以内に名字住所が変わった人 名字()住所()		

該当する <input type="checkbox"/> の中に ○印を <input type="checkbox"/> の中には 数字を それぞれ 記入して ください。	質問	・せきやたんが3週間以上続けて出る <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ たんの検査もお勧めします。 ・血のようなものがまじった「たん」が6か月以内に出た <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 速やかに医療機関を受診してください。 (女性のみ) 現在妊娠している、または妊娠の可能性がある <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 妊娠期間中は受診できません。	※検査機関記入欄 受診日 No.	
	タバコ	<input type="radio"/> 吸っていない 吸っている人、吸ったことがある人 <input type="radio"/> 吸っている 1日 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 年 <input type="radio"/> 吸っていた ※やめて1年未満は、吸っているにしてください。(1日喫煙本数×喫煙年数が600を超える人は、たんの検査もお勧めします。)		※加熱式たばこはカートリッジの本数を喫煙本数とします。 ※喫煙年数が1年未満の場合は、1年にしてください。
	病歴	<input type="radio"/> 肺がんの手術歴がある <input type="radio"/> 結核の病歴がある <input type="radio"/> 肺がん以外のがん病歴がある <input type="radio"/> 肺気腫・肺線維症の病歴がある <input type="radio"/> 粉じん環境での仕事歴がある <input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで		
	受検歴	<input type="radio"/> 前回、胸部X線検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた <input type="radio"/> 前回、胸部CT検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた		

かくたん細胞診(たんの検査)を希望しますか	す る ・ し な い
裏面もご記入ください	

