

肺がん 結核 ・ 検診受診票

喀痰フィルム番号 _____

平成17年 _____ 月 _____ 日 実施

喫煙指数 _____

個人番号 _____

喀痰容器渡し 有 ・ 無 _____

※たばこを吸う人や血痰が出たことのある人は、レントゲン検診と併せて、^{かくたん}喀痰検査も受診してください。

ふりがな			
氏名		性別	男 ・ 女
		電話番号	—
生年月日	明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日生	年齢	_____ 歳
住所		アパートの 方	棟 号
		山陽小野田市	
前回の 受診状況	X線検査	0. 初めて受診 1. 昨年受診 2. 2年前に受診 3. 3年前に受診	
		0. 異常なし 1. 異常あり (病名: _____)	
	喀痰検査	0. 初めて受診 1. 昨年受診 2. 2年前に受診 3. 3年前に受診	
		0. 異常なし 1. 異常あり (病名: _____)	

次の問診にお答えください。回答のところを○で囲み、必要事項を記入してください。

問 診	回 答	
問1 咳(せき)が1か月以上続いていますか	はい	いいえ
問2 痰(たん)が1か月以上続いていますか	はい	いいえ
問3 最近6か月間に痰に血がまじったことがありますか	はい	いいえ
問4 現在タバコを吸っていますか、または以前に吸ったことがありますか	はい	いいえ
吸っている(吸った)年数と1日の平均本数	_____ 年	_____ 本
問5 今までに、胸の病気をしたことがありますか	はい	いいえ
その病気は、	1. 肺結核 2. 肋膜炎 3. 肺炎 4. 塵肺 5. 慢性気管支炎 6. 気管支拡張症 7. その他 (_____)	
問6 次のような職場で働いたことがありますか	はい	いいえ
その職場は、	1. 溶接 2. 石切場および石作業 3. ガラス製造 4. 石綿 5. 鉱山 6. 鋳物 7. 陶器 8. その他 (_____) ☆従事した年数 (_____ 年)	

※受診票は各公民館にも置いています。