

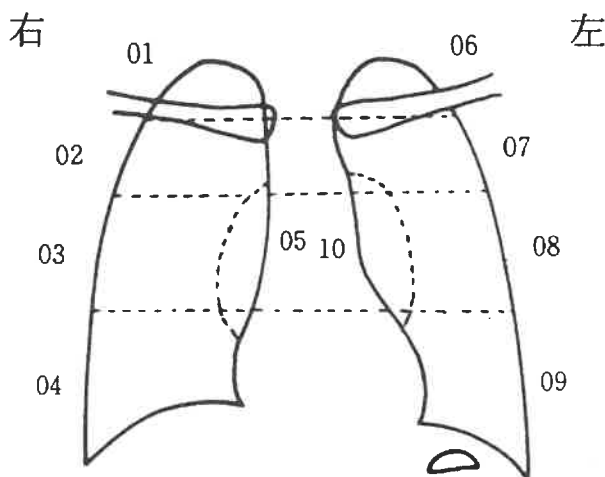
# 肺がん検診受診票

市町村名	山陽小野田市	フィルムNo		検診日	年	月	日
カナ		住所	〒				
氏名			山陽小野田市				
生年月日		性別		年齢	歳	TEL	

※ 太枠内は各自で記入してください。

① 肺がん検診を過去に受けたことがありますか？	1. 前年度に受けた	2. 前々年度に受けた	3. 前々々年度に受けた
結果はどうでしたか？	4. なし又は「前々々年度」以前に受けた	9. 分からない	
	1 異常なし	2. 異常あり	
② 肺の病気にかかったことはありますか？	1. ない	2. ある ( ) 歳頃	
あると答えた方：病名は何ですか？	肺結核・肋膜炎・気管支炎・じん肺・その他( )		
③ 現在、肺の病気に係る症状はありますか？	1. なし	2. あり	9. 分からない
④ 最近せきが出ますか？	1. 出ない	2. 時々	3. 毎日
⑤ 最近たんが出ますか？	1. 出ない	2. 時々	3. 毎日
⑥ 6ヶ月以内に血痰が出たことがありますか？	1. ない	2. ある	
⑦ たばこを吸いますか？	1. 吸わない		
	2. 吸う	( 本 / 日 × 年間)	
	3. 以前吸っていた	( 本 / 日 × 年間)	
⑧ 次のようなものを取り扱う仕事に従事したことがありますか？	1. はい	2. いいえ	
1. 放射線	2. 鉱山(石炭・金属)	3. 石綿	4. 6価クローム
5. コールタール	6. 塗装	7. その他	従事年数( )年

喀痰	有・無
----	-----



喫煙指数	本		
第一読影	部位	所見	判定
1			
2			
3			
第二読影	部位	所見	判定
1			
2			
3			
総合判定			

判定	X線所見	内容
A	読影不能	撮影条件不良、現像処理不良、位置付不良、フィルムのキズ、アーチファクトなどで読影不能のもの
B	異常所見を認めない	正常亜型(心膜傍脂肪組織、横隔膜のテント状・穹窿上変形、胸膜下脂肪組織による随伴陰影、右心縁の2重陰影など)を含む
C	異常所見を認めるが精査を必要としない	陳旧性病変、石灰化陰影、繊維性変化、気管支拡張像、気腫性変化、術後変化、治療を要しない奇形などで、精検や治療を必要としない、あるいは急いで行う必要がないと判定できる陰影
D 1	活動性肺結核	治療を要する結核を疑う
D 2	活動性非結核性病変	肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う
D 3	循環器疾患	大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う
D 4	その他	縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う
E 1	肺癌の疑いを否定しえない	
E 2	肺癌を強く疑う	孤立性陰影、陳旧性病変に新しい陰影が出現、肺門部の異常(腫瘍影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など)気管支の狭窄・閉塞による二次変化(区域・葉・全葉性の肺炎・無気肺・肺気腫など)その他肺癌を疑う所見