

※太枠内を必ず記入してください。

検診日 年 月 日

住所	赤磐市		
フリガナ 氏名			性別 男 ・ 女
生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳 (平成31年3月31日時点の年齢)
電話番号	- -	あなたの 番号	

1. 今までに、肺がん・結核検診を受けたことがありますか？	いいえ ・ はい (年) 結果【異常なし・異常あり ()】
2. 今までに肺や心臓の病気にかかったことがありますか？	いいえ ・ はい ↓ (結核 ぜん息 肺炎 ろく膜炎 その他 ()) (気管支炎 肺気腫 心臓病))
3. 6か月以内に、たんが血が混じったことがありますか？	いいえ ・ はい ※はいの場合は、検診を中止し、医療機関への受診をおすすめします。
4. タバコを吸っていますか？ 吸っている (1日 本) × (年間) = () 以前吸っていた (1日 本) × (年間) = () 吸わない	
5. 現在、妊娠している。または妊娠している可能性がありますか。 ※妊娠中及び妊娠の疑いのある場合は受診できません。	いいえ ・ はい

<肺がん・結核検診についての注意事項>

- 首から腰までの間に次の物はつけないでください。

{ 金具、ボタン、プラスチック製品のついている物
ネックレス、プリント入りTシャツ、湿布等 }

- 妊娠中、妊娠の疑いのある場合は受診できません。
- 集団の検診車内では男女に分かれることはできませんので、無地の白いTシャツを着用してください。
- 6か月以内にたんが血が混じったことがある場合は、医療機関の受診をお勧めします。