

※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							性別	男 ・ 女
氏名								
生年月日	大・昭	年	月	日	年齢	歳		
					(令和7年3月31日時点の年齢)			
電話番号	-	-		あなたの番号				

↑(左ツメで書くこと)

1. 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。	いいえ ・ はい
※妊娠中及び妊娠の疑いのある場合は受診できません。	
2. 令和6年4月から本日までに、肺がん・結核検診(胸部レントゲン検査または喀痰細胞診検査)を受診しましたか。	いいえ ・ はい 「はい」の場合は、受診できません。 検診受診は年度内に1回のみです。
3. 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 ()】
4. 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
5. 6か月以内に、たんに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、医療機関を受診してください。
6. 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	

<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Tシャツを着用してください。
- 6か月以内にたんに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。
- 検診車は段差があります。おひとりで昇降の難しい人は、個別けんしんの受診をお勧めします。