

令和7年度 赤磐市 肺がん・結核検診票  
(集団けんしん)

No. \_\_\_\_\_

※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<br>(令和8年3月31日時点の年齢) |
| 電話番号 | — —       | あなたの番号 |                       |

(左ヅメで書くこと) ☐

|   |                                                                                       |                                                             |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 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<br>※妊娠中、妊娠の疑いのある場合は受診できません。                        |
| 2 | 令和7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<br>「はい」の場合は、受診できません。<br>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)<br>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<br>↓<br>(結核・気管支炎・ぜん息・肺気腫<br>肺炎・ろく膜炎・心臓病<br>その他( )) |
| 5 | 6か月以内に、たん血が混じったことがありますか。                                                              | いいえ ・ はい<br>※「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。<br>・吸っている (1日 本) × ( 年間) = ( )<br>・以前吸っていた (1日 本) × ( 年間) = ( )<br>・吸わない |                                                             |

職員確認

＜肺がん・結核検診についての注意事項＞

- ・ 集団の検診車内では男女に分かれることができませんので、無地のTシャツを着用してください。
- ・ 検診時は、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)

安全に検査を行うために、下記に該当する人は、集団けんしんで胸部エックス線検査を受けられません。個別けんしんの受診をお勧めします。

|                          |   |                             |
|--------------------------|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | 自力で立位の保持ができない人              |
| <input type="checkbox"/> | 2 | 検診車の階段をおひとりで昇降できない人         |
| <input type="checkbox"/> | 3 | 腰の曲がりが著しく、背すじをまっすぐに伸ばせない人   |
| <input type="checkbox"/> | 4 | インスリンポンプや持続グルコース測定器を装着している人 |