

※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
氏 名							男 ・ 女
生年月日	大・昭	年	月	日	年 齢	歳	
						(令和5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. 今年度(4月~翌年3月)、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。
2. 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 ()】
3. 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 気管支炎 ぜん息 肺気腫 肺炎 心臓病 ろく膜炎 その他 ())
4. 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、医療機関に受診してください。
5. 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	
6. 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。