

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

◆当事業団における個人情報の取り扱い及び利用目的をご理解のうえ、同意するに○印を記入してください。

◆印字されていない方は、団体(事業所)・所属・氏名・性別・年齢・生年月日を、必ず記入してください。
また、印字されているもので変更があれば、訂正してください。
◇氏名には、必ずフリガナを記入してください。

※結核検診を受診される方は問診の記入の必要はありません。

該当がなければ“該当なし”に☒を記入してください。該当する物質・その他がある方は該当の☐に☒を記入してください。(複数回答可) また、従事年数を☐☐に数字で記入してください。

胸部検診受診票		受診日	X線No.
<p><個人情報取り扱いについて> 健康診断で取得した個人情報は、各種検体検査の分析及び結果等の報告に利用します。 また、精密検査や再検査が必要となった場合に受診勧奨及び医療機関への追跡調査等にも利用します。 個人情報の取り扱いの詳細については、当事業団のホームページ等をご参照ください。 当事業団における個人情報の取扱い及び利用に同意しますか？</p>			
<p>■漢字氏名・カナ氏名・性別・生年月日が空欄の方はご記入ください。</p>		<p>同意する</p>	
<p>団体名</p> <p>自宅住所 〒 - </p> <p>地区所属</p> <p>氏名</p> <p>生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日 年齢 歳</p> <p>性別 1.男 2.女 世帯主 自宅電話</p>		<p>団体コード - </p> <p>地区・所属コード 記入しないでください</p> <p>個人No. </p> <p>区分 ポータブル 医療検診</p> <p>X線No. </p>	
<p>■HBの鉛筆が0.5mmのシャープペンシルで必ず記入してください。(ボールペン・万年筆は不可)</p>			
<p>問診 太線枠内の該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> マークまたは数値を記入してください。</p>			
<p>●現在、妊娠している可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある → 本日の胸部X線撮影はご遠慮ください。 (女性の方のみお答えください)</p>			
<p>－肺がん検診を受ける方は、以下についても記入してください－ ●喀痰容器配布 配布なし理由() <input type="checkbox"/> 配布あり</p>			
<p>●受診歴</p> <p><input type="checkbox"/> 1 初回 <input type="checkbox"/> 2 1年前 <input type="checkbox"/> 3 2年前 <input type="checkbox"/> 4 3年前 <input type="checkbox"/> 5 4年以上前</p>		<p>●喫煙歴 喫煙指数() = 1日本数 × 年数</p> <p><input type="checkbox"/> 1 吸わない</p> <p><input type="checkbox"/> 2 吸う } 1日平均本数 喫煙のべ年数 吸い始めた年齢</p> <p><input type="checkbox"/> 3 やめた } 本を 年間 歳頃から</p>	
<p>●既往歴(呼吸器系) 複数回答可</p> <p><input type="checkbox"/> 0 既往なし <input type="checkbox"/> 3 肺がん <input type="checkbox"/> 1 肺結核 <input type="checkbox"/> 2 肺炎</p> <p><input type="checkbox"/> 6 縦隔腫瘍 <input type="checkbox"/> 10 じん肺 <input type="checkbox"/> 5 肋膜炎 <input type="checkbox"/> 11 慢性閉塞性肺疾患(COPD)</p> <p><input type="checkbox"/> 9 その他()</p> <p>上記の呼吸器系既往がある場合、治療中を優先し1つのみ記入</p> <p><input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 主治医にて経過観察中 <input type="checkbox"/> 放置・中断 <input type="checkbox"/> 治療</p>		<p>●喫煙歴 喫煙指数() = 1日本数 × 年数</p> <p><input type="checkbox"/> 1 吸わない</p> <p><input type="checkbox"/> 2 吸う } 1日平均本数 喫煙のべ年数 吸い始めた年齢</p> <p><input type="checkbox"/> 3 やめた } 本を 年間 歳頃から</p>	
<p>●自覚症状(呼吸器系) 住民:受診勧奨用紙配布 <input type="checkbox"/> ()</p> <p><input type="checkbox"/> 0 自覚症状なし <input type="checkbox"/> 1 せき <input type="checkbox"/> 2 たん <input type="checkbox"/> 3 血たん(6ヶ月以内)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 胸痛 <input type="checkbox"/> 6 息切れ <input type="checkbox"/> 5 その他()</p>		<p>●喫煙歴 喫煙指数() = 1日本数 × 年数</p> <p><input type="checkbox"/> 1 吸わない</p> <p><input type="checkbox"/> 2 吸う } 1日平均本数 喫煙のべ年数 吸い始めた年齢</p> <p><input type="checkbox"/> 3 やめた } 本を 年間 歳頃から</p>	
<p>■受診者の方はこの枠内には記入しないでください。</p>			
<p>第一読影</p> <p>所見</p> <p>読影医</p>		<p>第二読影</p> <p>所見</p> <p>比較 要 不要</p> <p>読影医</p>	
<p>最終読影</p> <p>結核所見</p> <p>その他の疾患及び異常</p> <p>指導区分</p> <p>指示(備考)</p>		<p>記入しないでください</p>	