

受診票のご記入方法

鉛筆またはシャープペンシルで濃く記入してください。

『個人情報の取り扱い』について

- ◆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。

※肺がん検診を受ける方

- ◆『受診歴』
いずれかに□を記入してください。

- ◆『喫煙歴』
いずれかに□を記入してください。また、“吸う”・“やめた”に該当する方は、本数・年数・何歳から、を記入してください。

- ◆『既往歴』『自覚症状』
記載されている項目の中で該当するものに、□を記入してください。

当てはまる項目がなければそれぞれ“なし”に□を記入してください。

当てはまる項目がなければそれぞれ“なし”に□を記入してください。

- ◆『職歴』
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・その他のある方は該当の□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.

<個人情報の取り扱いについて>

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？

同意する

■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。

団体名

〒□□□-□□□

地区所属

□□□

氏名

生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 4.平成 年 月 日 年齢 歳

性別 1.男 2.女 世帯主 自宅電話

□□□ □□□ □□□

団体コード □□□-□□□

地区・市町村コード □□□□□

個人No. □□□□□□□□□□

区分 □ ポータブル □ 順便検診

X線No. □□□□□

■HBの鉛筆か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)

記入しないでください

■問診 太線枠内の該当する項目に□マークまたは数値を記入してください。

- 現在、妊娠している可能性はありますか？
(女性の方のみお答えください)

ない

ある

→ 本日の胸部X線撮影はご遠慮ください。

※喫煙対象者:50歳以上で喫煙指數600以上

●喀痰容器配布 配布なし理由() □ 配布あり

●受診歴

□ 1 初回 □ 2 1年前 □ 3 2年前 □ 4 3年前 □ 5 4年以上前

●既往歴(呼吸器系)

複数回答可

□ 0 既往なし □ 3 肺がん □ 1 肺結核 □ 2 肺炎
□ 6 線隔隔壁 □ 10 肺 □ 5 助膜炎 □ 11 慢性閉塞
□ 7 その他 [] □ 8 COPD □ 9 その他 []

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

□ 治療中 □ 主治医にて □ 放置 □ 中断 □ 治療

●自覚症状(呼吸器系)

住民:受診勧用紙配布□()

□ 0 自覚症状なし □ 1 咳 □ 2 気管 □ 3 血痰(6ヶ月以内)
□ 4 胸痛 □ 6 息切れ □ 5 その他 []

●喫煙歴 喫煙指數()=1日本数×年数

□ 1 吸わない □ 2 吸う □ 3 やめた

1日平均本数 喫 煙 のべ年数 開始年齢

□ 本を 年間 歳頃から

※喫痰対象者:40歳以上で歯歯該当あり

□ 該当なし □ ヒ素(農薬など) 年間

□ 粉じん 年間

(塗装・溶接・陶器製造・石切り場など)

□ クロム 年間

(さび止めなど)

□ 石綿 年間

(アスベスト)

□ コールタール 年間

(タール製品製造など)

その他特殊健診を要する業務 []

■受診の方はこの枠内には記入しないでください。

第一読影

第二読影

最終読影

所見

所見

所見

比較

要

異常

読影医

読影医

読影医