

結核・肺がん検診(胸部X線検査)問診票

力 ナ		男・女
氏 名		
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所	門川町	
電話番号	— —	

以下の質問に、☒でお答えください。

①最後に肺がん検診（胸部X線、CT等）を受けたのはいつですか。

☐初めて ☐去年 ☐2年以上前・不明

※その時、異常があると言われましたか。

☐いいえ ☐はい⇒結果は、

②今まで下記にあてはまる病気をしたことがありますか。

☐なし ☐肺がん ☐肺結核 ☐肺炎 ☐喘息

☐COPD ☐じん肺 ☐その他 ()

③現在、以下のような肺に関する症状はありますか。

☐なし ☐せき ☐痰 ☐胸痛 ☐息切れ

☐血痰（最近、6か月以内） ☐その他 ()

※6か月以内に血痰のあった方は、
直接医療機関を受診してください。

④たばこについてお答えください。

☐吸う ☐やめた () 年前からやめた ☐吸わない

※吸う方、やめた方

1日平均 本 年間

喫煙指数 ※記入不要

⑤粉じん作業をしたことがありますか。 ☐なし

☐石綿 ☐粉じん ☐その他特殊健診を 年間
(アスベスト) 要する業務

《確認欄》

- ☐ 今年度病院等で胸部レントゲンを受けた（受ける予定）の方、
低線量肺がんCT検診を受けた（受ける予定）方ではありません。
☐ 肺がんの治療中（観察中）ではありません。
☐ 現在妊娠中、または妊娠の可能性はありません。

検診日

. .

X線番号

結核・肺がん検診(胸部X線検査)問診票

力 ナ		男・女
氏 名		
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所	門川町	
電話番号	— —	

以下の質問に、☒でお答えください。

①最後に肺がん検診（胸部X線、CT等）を受けたのはいつですか。

☐初めて ☐去年 ☐2年以上前・不明

※その時、異常があると言われましたか。

☐いいえ ☐はい⇒結果は、

②今まで下記にあてはまる病気をしたことがありますか。

☐なし ☐肺がん ☐肺結核 ☐肺炎 ☐喘息

☐COPD ☐じん肺 ☐その他 ()

③現在、以下のような肺に関する症状はありますか。

☐なし ☐せき ☐痰 ☐胸痛 ☐息切れ

☐血痰（最近、6か月以内） ☐その他 ()

※6か月以内に血痰のあった方は、
直接医療機関を受診してください。

④たばこについてお答えください。

☐吸う ☐やめた () 年前からやめた ☐吸わない

※吸う方、やめた方

1日平均 本 年間

喫煙指数 ※記入不要

⑤粉じん作業をしたことがありますか。 ☐なし

☐石綿 ☐粉じん ☐その他特殊健診を 年間
(アスベスト) 要する業務

《確認欄》

- ☐ 今年度病院等で胸部レントゲンを受けた（受ける予定）の方、
低線量肺がんCT検診を受けた（受ける予定）方ではありません。
☐ 肺がんの治療中（観察中）ではありません。
☐ 現在妊娠中、または妊娠の可能性はありません。

検診日

. .

X線番号