

胸部検診受診票 記入例

胸部検診(肺がん・結核)受診票

実施主体名	住所 〒	受診歴	地域
受付年月日 月 日	フリガナ	胃 初 1 2 3 4 5	肺がん 初 1 2 3 4 5
受付場所	(世帯主)	大腸 初 1 2 3 4 5	検査日

修正欄(修正・追加がある場合に記入してください。)

所属 所属 職 保険区分

市町村用 地域 協力員コード アスベスト

受診番号 *記入しないでください

X線番号 略歴番号 (結) (取) (単)

検診を受診される方は、下記の問診を記入の上、実施場所を持参してください

受 診 歴	去年胸部写真を撮りましたか <input type="checkbox"/> はい(下記に記入) <input type="checkbox"/> いいえ	喫煙歴 <input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. 過去に吸ったことがある <input type="checkbox"/> 3. あり (左記3の場合 禁煙の意志 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	上記2、3の場合 1日 本 × 年 =
	どこで撮りましたか <input type="checkbox"/> 1. 住民検診 <input type="checkbox"/> 2. 職場検診 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 開業医 <input type="checkbox"/> 4. その他	体の調子 6ヶ月以内に <input type="checkbox"/> せきがよくですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> たんがよくですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 血の混じったたんがでたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	略歴検査をしたことがありますか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

現在既往及び歴 1. なし 2. 治療中 3. 治療あり 4. 放置 (該当する番号を○の中に記入してください)

肺結核 助膜炎 喘息 肺炎 慢性気管支炎 その他()

職業歴 仕事で次のものに関わる作業に従事したことが、ありますか。[1. 石綿(アスベスト) 2. 粉じん作業 3. その他特(検診を要する業務)]

はい いいえ はいの場合その業務 年 従事年数 年間 ()

注意 現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますが。(女性の方のみお答えください。) ある ない

下記の方は、受診する必要がありませんので1-5の中から理由を選び○をつけ、戻してください

太枠部分を黒鉛筆で事前に記入し、健康診断時に持ってきて下さい。

女性の方は必ずチェックして下さい。