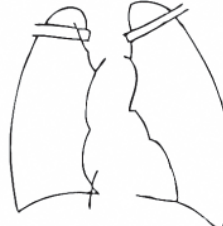


【受診者の方へ】
●太枠内をご記入ください。
●「個人情報について」を必ずお読みください。

市受付No		カルテNo		
住 所	アパート名・部屋番号までご記入ください。 松江市		医療機関 コード	
			受診券No	
フリガナ				
氏 名	(男・女)			
生年月日 (年齢)	T・S	年	月 日 (歳)	
電話番号				
問 診	1. 過去に肺がん検診を受けたことがありますか。またその結果はいかがでしたか。 ①受診歴 ☐ なし ☐ 1年前 ☐ 2年前 ☐ 3年以上前 ②前回検診結果 ☐ 要精密検査(↓ご記入下さい) ☐ 異常なし (☐ 未受診 ☐ 受診 →結果())		2. 粉じんや石綿作業を行う職業に従事されたことはありますか。 ☐ ない ☐ ある →従事期間(年間) ☐ わからない	
	3. 今までに次の病気にかかったことがありますか。 ☐ なし ☐ 肺結核 ☐ 胸膜炎 ☐ 肺炎 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 肺がん ☐ ぜん息 ☐ 慢性閉塞性肺疾患(COPD) ☐ その他()		4. 次の自覚症状がありますか。 ☐ なし ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 血痰 ☐ 胸の痛み ☐ 息切れ ☐ その他()	
	5. たばこを吸っていますか。 ☐ 吸っている→1日平均()本×喫煙期間()年 ☐ やめた→()年前 喫煙歴:1日平均()本×喫煙期間()年 ☐ 吸わない→身近な人が吸っていますか ☐ いる ☐ いない		※女性の方のみお答えください。 6. 現在妊娠している可能性がありますか。 ☐ ある ☐ ない	
	個人情報について			
	この検診は松江市が「健康増進法」及び「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき医療機関に委託して実施している検診です。検診結果(精密検査の結果も含む)は、松江市に報告されます。検診結果及び精密検査に関することについて検診受診機関から連絡をさせていただく場合があります。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び検診データについては、個人情報の保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用いたします。また、過去に診療等で撮影したレントゲン写真との比較を行い判定する場合があります。希望されない場合は検診受診機関にお申し出ください。			

所 見			
喀痰検査	喫煙指数	喀痰容器配布	喀痰判定結果
		☐ あり (1) ☐ なし (2)	☐ 異常なし(B) (1) ☐ 追加検査(C) (2) ☐ 要精査(肺がんの疑い)(D) (3) ☐ 要精査(肺がん)(E) (4) ☐ 材料不適(A) (5) ☐ 検体提出なし(6)

比較読影画像	画 像 有 ・ 画 像 無
--------	---------------

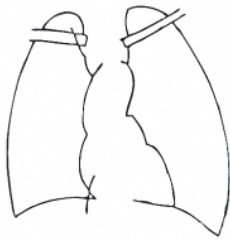
読影判定			読影判定		
	判定日	西暦 年 月 日		判定日	西暦 年 月 日
	読影判定	B C D(1 2 3 4) E(1 2) A		読影判定	B C D(1 2 3 4) E(1 2) A
	医療機関名			医療機関名	
	読影医師名			読影医師名	
所 見					
最終判定	☐ 異常なしB ☐ 精査不要C ☐ 要精検D(1 2 3 4) ☐ 要精検E(1 2) ☐ 読影不能A				
総合判定	☐ 異常認めず ☐ 要観察()か月後 ☐ 要精密検査				
備 考					
検診機関名					

【受診者の方へ】
●太枠内をご記入ください。
●「個人情報について」を必ずお読みください。

市受付No		カルテNo	
住 所	アパート名・部屋番号までご記入ください。 松江市		医療機関 コード
			受診券No
フリガナ	検診日 西暦 年 月 日		
氏 名	(男・女)		検診項目
生年月日 (年齢)	T・S 年 月 日(歳)	レントゲン検査	レントゲン検査 ＋ 喀痰検査(50歳以上のBI600以上)
電話番号	自己負担	あり 500円	1,100円
	なし	節目年齢・非課税・生活保護・福祉医療・被爆者健康手帳	
問 診	1. 過去に肺がん検診を受けたことがありますか。またその結果はいかがでしたか。 ①受診歴 ☐ なし ☐ 1年前 ☐ 2年前 ☐ 3年以上前 ②前回検診結果 ☐ 要精密検査(↓ご記入下さい) ☐ 異常なし (☐ 未受診 ☐ 受診 →結果())		
	2. 粉じんや石綿作業を行う職業に従事されたことはありますか。 ☐ ない ☐ ある →従事期間(年間) ☐ わからない		
	3. 今までに次の病気にかかったことがありますか。 ☐ なし ☐ 肺結核 ☐ 胸膜炎 ☐ 肺炎 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 肺がん ☐ ぜん息 ☐ 慢性閉塞性肺疾患(COPD) ☐ その他()		
	4. 次の自覚症状がありますか。 ☐ なし ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 血痰 ☐ 胸の痛み ☐ 息切れ ☐ その他()		
	5. たばこを吸っていますか。 ☐ 吸っている→1日平均()本×喫煙期間()年 ☐ やめた→()年前 喫煙歴:1日平均()本×喫煙期間()年 ☐ 吸わない→身近な人が吸っていますか ☐ いる ☐ いない		※女性の方のみお答えください。 6. 現在妊娠している可能性がありますか。 ☐ ある ☐ ない
個人情報 について	この検診は松江市が「健康増進法」及び「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき医療機関に委託して実施している検診です。検診結果(精密検査の結果も含む)は、松江市に報告されます。検診結果及び精密検査に関することについて検診受診機関から連絡をさせていただく場合があります。なお、記録票にご記入いただいた個人情報及び検診データについては、個人情報の保護に関する法律に基づいて適正に扱い、公衆衛生の向上のために利用いたします。また、過去に診療等で撮影したレントゲン写真との比較を行い判定する場合があります。希望されない場合は検診受診機関にお申し出ください。		

所 見			
喀痰検査	喫煙指数	喀痰容器配布	喀痰判定結果
		☐ あり(1) ☐ なし(2)	☐ 異常なし(B)(1) ☐ 追加検査(C)(2) ☐ 要精査(肺がんの疑い)(D)(3) ☐ 要精査(肺がん)(E)(4) ☐ 材料不適(A)(5) ☐ 検体提出なし(6)

比較読影画像	画 像 有 ・ 画 像 無
--------	---------------

読影判定			読影判定		
	判定日	西暦 年 月 日		判定日	西暦 年 月 日
	読影判定	B C D(1 2 3 4) E(1 2) A		読影判定	B C D(1 2 3 4) E(1 2) A
	医療機関名			医療機関名	
	読影医師名			読影医師名	
所 見					
最終判定	☐ 異常なしB ☐ 精査不要C ☐ 要精検D(1 2 3 4) ☐ 要精検E(1 2) ☐ 読影不能A				
総合判定	☐ 異常認めず ☐ 要観察()か月後 ☐ 要精密検査				
備 考					
検診機関名					

(2024.9)