

松江市 結核・肺がん検診記録票

【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。

住 所	アパート名・部屋番号までご記入ください。 松江市		市受付No			カルテNo		
	フリガナ			医療機関コード				
氏 名			受診券No					
生年月日 (年齢)	T・S	年	月	日	(歳)	検診日	西暦	年 月 日
電話番号			検診項目	レントゲン検査				
			自己負担	あり	500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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上前 ②前回検診結果 <input type="checkbox"/> 要精密検査(↓ご記入下さい) <input type="checkbox"/> 異常なし (<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →従事期間(年間) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) <input type="checkbox"/> その他()			4. 次の自覚症状がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> その他()				
	5. たばこを吸っていますか。 <input type="checkbox"/> 吸っている → 1日平均()本×喫煙期間()年 <input type="checkbox"/> やめた → ()年前 喫煙歴:1日平均()本×喫煙期間()年 <input type="checkbox"/> 吸わない → 身近な人が吸っていますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。								

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	<input type="checkbox"/> 異常なしB		<input type="checkbox"/> 精査不要C		<input type="checkbox"/> 要精検D(1 2 3 4)			<input type="checkbox"/> 要精検E(1 2)		<input type="checkbox"/> 読影不能A
総合判定	<input type="checkbox"/> 異常認めず		<input type="checkbox"/> 要観察()か月後			<input type="checkbox"/> 要精密検査				
備 考										
検診機関名										

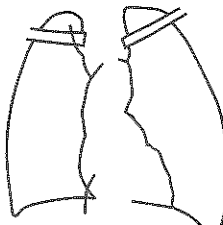
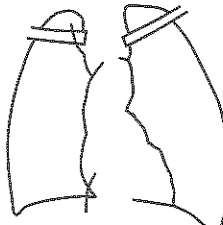
松江市 結核・肺がん検診記録票

【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。

住所 アパート名・部屋番号までご記入ください。 松江市		市受付No	カルテNo
フリガナ		医療機関コード	
氏名 (男・女)		受診券No	
生年月日 (年齢) T・S 年 月 日 (歳)		検診日	西暦 年 月 日
電話番号		検診項目	レントゲン検査
		自己負担	あり 500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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上前 ②前回検診結果 <input type="checkbox"/> 要精密検査(↓ご記入下さい) <input type="checkbox"/> 異常なし (<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →従事期間(年間) <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) <input type="checkbox"/> その他 ()		4. 次の自覚症状がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> その他 ()
	5. たばこを吸っていますか。 <input type="checkbox"/> 吸っている → 1日平均()本×喫煙期間()年 <input type="checkbox"/> やめた → ()年前 喫煙歴:1日平均()本×喫煙期間()年 <input type="checkbox"/> 吸わない → 身近な人が吸っていますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。		

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	<input type="checkbox"/> 異常なしB <input type="checkbox"/> 精査不要C <input type="checkbox"/> 要精検D(1 2 3 4) <input type="checkbox"/> 要精検E(1 2) <input type="checkbox"/> 読影不能A				
総合判定	<input type="checkbox"/> 異常認めず <input type="checkbox"/> 要観察()か月後 <input type="checkbox"/> 要精密検査				
備考					
検診機関名					

松江市 結核・肺がん検診結果通知票

【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。

住所	アパート名・部屋番号までご記入ください。 松江市		市受付No		カルテNo	
	フリガナ		医療機関コード			
氏名	(男・女)		受診券No			
生年月日(年齢)	T・S	年 月 日(歳)	検診日	西暦	年	月 日
電話番号			検診項目	レントゲン検査		
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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1年前 <input type="checkbox"/> 2年前 <input type="checkbox"/> 3年以上前 ②前回検診結果 <input type="checkbox"/> 要精密検査(しご記入下さい) <input type="checkbox"/> 異常なし (<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診 →結果())		自己負担	あり	500円	
	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。 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある →従事期間(年間) <input type="checkbox"/> わからない		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	3. 今までに次の病気にかかったことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 胸膜炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> ぜん息 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(COPD) <input type="checkbox"/> その他()		4. 次の自覚症状がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> その他()			
	5. たばこを吸っていますか。 <input type="checkbox"/> 吸っている → 1日平均()本×喫煙期間()年 <input type="checkbox"/> やめた → ()年前 喫煙歴:1日平均()本×喫煙期間()年 <input type="checkbox"/> 吸わない → 身近な人が吸っていますか <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 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。					

比較読影画像	画像有・画像無
--------	---------

受診された肺がん検診の結果は、下記の通りでした。

「精密検査が必要」と判定された方へ

検診の画像だけでは正常か異常かを区別しにくいいため、詳しい検査を追加して、より正確に判断を行いたい時に「要精密検査」と判定されます。異常がないかを確認するため、速やかに受診されることをお勧めします。

※精密検査の受診については検診を実施した機関にご相談いただくか、別紙をご参照ください。

※精密検査の予約の際に持参する物を受診医療機関へご確認ください。

※レントゲン画像は検診を受けた検診機関にお電話の上、申請をお願いします。
(検診機関によっては、費用が発生する場合があります)

総合判定	<input type="checkbox"/> 異常認めず	<input type="checkbox"/> 要観察()か月後	<input type="checkbox"/> 要精密検査
備考			
検診機関名			