

# 令和7年度 胸部(肺がん・結核)検診受診票

|         |   |        |            |
|---------|---|--------|------------|
|         |   | ナンバリング |            |
| 住 所     | 〒 | 受診日    | 令和 7 年 月 日 |
| カナ氏名    |   |        | 性 別        |
| 氏 名     |   |        |            |
| 生 年 月 日 |   |        |            |
| 年度末年齢   |   |        |            |
| 電 話 番 号 |   |        |            |

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 撮 影 番 号              |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

## 問診事項 ※裏面を必ずお読みください。

以下の太線枠内の問診事項で該当する□に“レ”を付け、カッコ内はご記入ください。  
※ご記入に際しての注意点 黒のボールペンを使用してください。

ナンバリング

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

### 1. 検診歴

昨年度、検診(結核・肺がん検診)や肺の検査(胸部エックス線検査、CT等)を受けましたか

- ☐ いいえ →最後に検診を受けたのは( )年前 ☐ 不明・未経験
- ☐ はい ( ☐ 市町村 ☐ 職場 ☐ 人間ドック ☐ 病院等 ☐ その他 )
- 精密検査を、☐ 指示されていない ☐ 指示されたが受けていない
- ☐ 指示され受けた→CTを ☐ 実施 ☐ 未実施

### 2. 喫煙歴

タバコはどのくらい吸いますか(加熱式タバコを含む)

1日の平均本数

喫煙年数

喫煙指数

- ☐ ( )歳から現在まで吸っている →  本 ×  年
- ☐ 以前、( )歳から吸っていたが、( )歳で禁煙した →  本 ×  年
- ☐ 吸ったことがない ※記入不要

### 3. 職歴 石綿(アスベスト)・溶接・石切場・ガラス製造・鉱山・鋳物・陶器等の職場で働いたことがありますか

- ☐ いいえ ☐ はい

### 4. 自覚症状

- 1) 6カ月以内にたんに血がまじったことがありますか ☐ いいえ ☐ はい ➡ 医療機関で受診してください
- 2) かぜ以外で咳やたんが、いつもありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 3) 息切れすることがありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 4) 胸痛がありますか ☐ いいえ ☐ はい
- 5) 上記の他に肺で気になる症状がありますか ☐ いいえ ☐ はい ( )

### 5. 胸部の病気(呼吸器疾患、心・血管疾患)にかかったことがありますか(治療中を含みます)

- ☐ いいえ
- ☐ はい ☐ 肺がん ☐ 縦隔腫瘍 ☐ 肺結核 ☐ 潜在性結核感染症 ☐ 肋膜炎(胸膜炎)
- ☐ 肺非結核性抗酸菌症 ☐ 肺炎 ☐ 気管支拡張症 ☐ 慢性閉塞性肺疾患(COPD)・肺気腫・慢性気管支炎
- ☐ 肺繊維症・間質性肺炎 ☐ 喘息 ☐ じん肺 ☐ 心筋梗塞・狭心症 ☐ その他 ( )

通院していますか ☐ いいえ ☐ はい(病名 )

### 6. (女性の方へ) 妊娠中または妊娠の可能性がありますが ☐ いいえ ☐ はい ➡ 該当する方は、検査は受けられません

### 7. インスリンポンプ・持続グルコース測定器を本日装着していますか

- ☐ いいえ ☐ はい ➡ 集団検診ではX線撮影はできません。

標準字体

《良い例》

縦線1本 すきまを開ける 上につきぬける 角をつくる 閉じる

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

\*裏面の注意事項をよくお読みになり受診されますようお願いいたします。\*氏名には必ずフリガナもご記入ください。

## 胸部検診の注意事項

### 1. 受診の際の身じたくについて

- 「ボタン・金具・プリントのない無地(白でなくても可)のTシャツ(肌着)1枚」でご受診ください。
- 写真に写りますので、次のものは外してください。
  - ・ネックレス、ペンダントなど首にかけるアクセサリー
  - ・エレキバンや湿布等
  - ・ブラジャー、ブラトップ、スリップ(キャミソール)、コルセット等
  - ・ワッペン、タグ等がついた服(ジャージ等)
  - ・タートルネック等、生地が重なっている服
- 髪の長い方は、首や肩にかからないように、耳より上でまとめてください。



- 2. 妊娠している方及び可能性のある方は、お受けいただくことはできません。
- 3. 撮影機器の安全構造上、体重が120kg以上の方はお受けいただくことはできません。
- 4. インスリンポンプ及び持続グルコース測定器等を装着したままでの検診(X線検査)はできません。詳しくは、別紙の注意事項をご確認ください。
- 5. 呼吸器疾患で受診中の方、医療機関等で胸部レントゲン・CT を撮影し経過をみている方及び職場検診や人間ドック等で定期的に検査を受けられている方は受診の必要はありません。