

胸部レントゲン撮影問診票

●検診内容	胸部レントゲン撮影	●料金	無料
●撮影時の注意	・妊娠中の人は受診できません。 ・金具、プラスチック、ボタン等の付いていない無地のTシャツ等1枚を着用したまま受けられます。ネックレス・磁気治療器等は身につけないでください。 ・立位での検診ですので、一人で立つことができる方が受診できます。		
●検診結果	検診後1～2か月以内に、本人宛に郵送します。		
【問い合わせ先】			
都城健康サービスセンター	結核・肺がん検診担当	電話	(0986) 36-8760
高野病院総合健診センター	大腸がん検診担当	電話	(0985) 48-2574
都城市健康課		電話	(0986) 23-2765

受診日 R

フリガナ			性別	男 ・ 女
氏名			職業	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日 (歳)
住民票記載の住所	〒	-	都城市	電話 ()

対象 40歳以上

※ 以下の質問について、あてはまるものに○をつけてください。

1	今までに胸部レントゲン検査や胸部CT等を受けたことがありますか。	いつ 【平成・令和 年 月 日頃】	どこで 人間ドック ・ 職場の検診 市町村の検診 ・ 病院等	結果 異常なし 要精密検査	ある	ない
	※都城健康サービスセンターで検診・人間ドックを受けたことがありますか。					
2	次の病気にかかったことがありますか。 がん () ・ 肺結核 ・ 肋膜炎 ・ 慢性気管支炎 ・ 肺気腫 ・ 肺炎 塵肺 ・ ぜんそく ・ 気胸 ・ リウマチ ・ 肋骨骨折 ・ その他 ()				ある	ない
3	今までに心臓に異常があると言われたことがありますか。				ある	ない
4	高血圧の治療(薬を飲んでいる等)をしていますか。				はい	いいえ
5	最近、次の症状がありますか。 疲労感 ・ かぜの症状 ・ 熱っぽい感じ ・ 息切れ				ある	ない
6	ここ6か月間の、あなたの健康状態はいかがですか。				/	
	①咳(せき)がよくでますか。				でる	でない
	②痰(たん)がよくでますか。				でる	でない
	③痰に血が混じったことがありますか。 ※ある場合は直接医療機関を受診してください。				ある	ない
	④体重が減りましたか。	どの位 () kg			はい	いいえ
7	たばこを吸っていますか。				①②③のいずれかに○を付けてください	
	① 現在吸っている。	①②に該当	1日の本数 () 本			
	② 過去吸っていた。		何年吸っていますか。 () 年			
	③ 吸ったことがない。		吸い始めた年齢 () 歳			
8	次の作業をしたことがありますか。	従事期間 () 年			ある	ない
	石綿(アスベスト) ・ 粉じん作業 ・ 紡績 ・ 炭鉱 ・ ずい道工事 ・ 特殊検診を要する業務					
9	(女性のみ) 妊娠の可能性はありますか。				ある	ない

市分証明書(健康保険証や運転免許証等)をこ持参から住所等の変更がある方は、

※実施機関 記入欄

撮影番号		喫煙指数		喀痰		※細胞診 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
------	--	------	--	----	--	---