

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。	結果	異常なし	ある	ない
	いつ 【平成 ・ 令和 年 月 日頃】		要精密検査		
	どこで 人間ドック ・ 職場の検診 市町村の検診 ・ 病院等				
※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。				ある	ない
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）がよくですか。				
	②痰（たん）がよくですか。			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。	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。			ある	ない
	石綿(アスベスト) ・ 粉じん作業 ・ 紡績 ・ 炭鉱 ・ すい道工事 ・ 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

市分証肺明書（運がん転を初免診証やマイナナンバー、前回受診時から住所等の変更がある方は、ご持参ください。）

※実施機関 記入欄

撮影番号		喫煙指数		喀痰		※細胞診 ☐ 要 ☐ 不要
------	--	------	--	----	--	---