

胸部レントゲン撮影問診票

・問診表はコピー可
・検診会場にも予備
があります。

- 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
都城市健康課 電話 (0986) 23-2765

受診日 R . .

フリガナ		性別	男 ・ 女	対象 40歳以上
氏名		職業		
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)			
住民票記載 の住所	〒 - 都城市 電話 ()			

※ 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 要精密検査	ある	ない
	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				
※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。 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・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
の肺がん
の証明
書(検
診を初
めて
受診
する
方、
前
回
受
診
時
か
ら
住
所
等
の
変
更
が
あ
る
方
は、
運
転
を
免
許
証
や
受
診
マ
イ
ナ
ン
バ
ー
カ
ー
ド
等
を
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
------	--	------	--	----	--	---------------