

肺がん・結核検診受診票

※必ず受診票をお持ちください。
足りない場合は、当日、受付でお申し出ください。

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|------|---|
| フリガナ | | 性別 | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 氏名 | ()歳 | 生年月日 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> 年 月 日 |
| 世帯主 | | 大昭 | 電話番号 - - |
| 住所 | 〒 [][] - [][] [][] [][] | | |
| 3年以内に名字住所が変わった人 名字()住所() | | | |

| | | | | |
|--|-----|--|------------------------|--|
| 該当する ☐の中に ○印を ☐の中 には 数字を それぞれ 記入し てくだ さい。 | 質問 | ・せきやたんが3週間以上続けて出る <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ たんの検査もお勧めします。 ・血のようなものがまじった「たん」が6か月以内に出た <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 速やかに医療機関を受診してください。 <small>(女性のみ)</small> ・現在妊娠している、または妊娠の可能性がある <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 妊娠期間中は受診できません。 | ※検査機関記入欄 受診日 No. | |
| | タバコ | <input type="radio"/> 吸っていない <input type="radio"/> 吸っている 1日 []本 []年 <input type="radio"/> 吸っていた ※やめて1年未満は、吸っているにしてください。 (1日喫煙本数×喫煙年数が600を超える人は、たんの検査もお勧めします。) | | ※加熱式たばこはカートリッジの本数を喫煙本数とします。 ※喫煙年数が1年未満の場合は、1年にしてください。 |
| | 病歴 | <input type="radio"/> 肺がんの手術歴がある <input type="radio"/> 結核の病歴がある <input type="radio"/> 肺がん以外のがん病歴がある <input type="radio"/> 肺気腫・肺線維症の病歴がある <input type="radio"/> 粉じん環境での仕事歴がある []歳から []歳まで | | |
| | 受検歴 | <input type="radio"/> 前回、胸部X線検査を []年 []月に受けた <input type="radio"/> 前回、胸部CT検査を []年 []月に受けた | | |

| | |
|-----------------------|--------|
| かくたん細胞診(たんの検査)を希望しますか | する・しない |
| 裏面もご記入ください | |

切り取り

肺がん・結核検診受診票

※必ず受診票をお持ちください。
足りない場合は、当日、受付でお申し出ください。

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|------|---|
| フリガナ | | 性別 | <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 氏名 | ()歳 | 生年月日 | <input type="radio"/> <input type="radio"/> 年 月 日 |
| 世帯主 | | 大昭 | 電話番号 - - |
| 住所 | 〒 [][] - [][] [][] [][] | | |
| 3年以内に名字住所が変わった人 名字()住所() | | | |

| | | | | |
|--|-----|--|------------------------|--|
| 該当する ☐の中に ○印を ☐の中 には 数字を それぞれ 記入し てくだ さい。 | 質問 | ・せきやたんが3週間以上続けて出る <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ たんの検査もお勧めします。 ・血のようなものがまじった「たん」が6か月以内に出た <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 速やかに医療機関を受診してください。 <small>(女性のみ)</small> ・現在妊娠している、または妊娠の可能性がある <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい⇒ 妊娠期間中は受診できません。 | ※検査機関記入欄 受診日 No. | |
| | タバコ | <input type="radio"/> 吸っていない <input type="radio"/> 吸っている 1日 []本 []年 <input type="radio"/> 吸っていた ※やめて1年未満は、吸っているにしてください。 (1日喫煙本数×喫煙年数が600を超える人は、たんの検査もお勧めします。) | | ※加熱式たばこはカートリッジの本数を喫煙本数とします。 ※喫煙年数が1年未満の場合は、1年にしてください。 |
| | 病歴 | <input type="radio"/> 肺がんの手術歴がある <input type="radio"/> 結核の病歴がある <input type="radio"/> 肺がん以外のがん病歴がある <input type="radio"/> 肺気腫・肺線維症の病歴がある <input type="radio"/> 粉じん環境での仕事歴がある []歳から []歳まで | | |
| | 受検歴 | <input type="radio"/> 前回、胸部X線検査を []年 []月に受けた <input type="radio"/> 前回、胸部CT検査を []年 []月に受けた | | |

| | |
|-----------------------|--------|
| かくたん細胞診(たんの検査)を希望しますか | する・しない |
| 裏面もご記入ください | |

肺がん検診(胸部エックス線検査)受診票

下記の項目に該当しますか

- ・今年度、長野市が実施する肺がん低線量胸部CT検診を受診した、または予定している
- ・今年度、既に肺がん検診(胸部エックス線検査)を受診した

いいえ

はい (はいの人は今年度は受診できません)

個人情報利用目的

下記の目的のために個人情報を利用します。

- ①受診者に提供する健康診断サービス
(検査・問診・判定・保健指導・事後指導・経年データ管理など)
- ②健康診断の管理運営業務
(日程管理・事前案内・検診結果報告書発行管理など)
- ③会計・経理
- ④検査業務の委託その他の業務委託
- ⑤検診精度管理
- ⑥医療保険業務
- ⑦医療事故等の報告

受診同意

検診を受診するにあたり「個人情報の利用目的」を理解し、私の個人情報を利用することに同意します。
(以下に○印をお願いします。)

はい

裏面もご記入ください。

切り取り

肺がん検診(胸部エックス線検査)受診票

下記の項目に該当しますか

- ・今年度、長野市が実施する肺がん低線量胸部CT検診を受診した、または予定している
- ・今年度、既に肺がん検診(胸部エックス線検査)を受診した

いいえ

はい (はいの人は今年度は受診できません)

個人情報利用目的

下記の目的のために個人情報を利用します。

- ①受診者に提供する健康診断サービス
(検査・問診・判定・保健指導・事後指導・経年データ管理など)
- ②健康診断の管理運営業務
(日程管理・事前案内・検診結果報告書発行管理など)
- ③会計・経理
- ④検査業務の委託その他の業務委託
- ⑤検診精度管理
- ⑥医療保険業務
- ⑦医療事故等の報告

受診同意

検診を受診するにあたり「個人情報の利用目的」を理解し、私の個人情報を利用することに同意します。
(以下に○印をお願いします。)

はい

裏面もご記入ください。