

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"/> <input type="radio"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
世帯主		明大昭 電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3年以内に名字住所が変わった人 名字()住所()		

該当する <input type="checkbox"/> の中に○印を それぞれ記入してください。 それぞれ記入して ください。○印を □の中には数字を	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カ月以内に出た <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。 (女性のみ) 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。
	タバコ	吸っていない <input type="radio"/> 吸っている <input type="radio"/> 吸っていた <input type="radio"/> ※やめて1年未満は、吸っているにしてください。 吸っている人、吸ったことがある人 1日 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 年 ※喫煙年数が1年未満の場合は、1年にしてください。 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。
	病歴	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 <input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで
	受検歴	前回、胸部X線検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた <input type="radio"/> 前回、胸部CT検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた <input type="radio"/>

※検査機関記入欄 受診日

No.

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"/> <input type="radio"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
世帯主		明大昭 電話番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
3年以内に名字住所が変わった人 名字()住所()		

該当する <input type="checkbox"/> の中に○印を それぞれ記入してください。 それぞれ記入して ください。○印を □の中には数字を	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カ月以内に出た <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。 (女性のみ) 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。
	タバコ	吸っていない <input type="radio"/> 吸っている <input type="radio"/> 吸っていた <input type="radio"/> ※やめて1年未満は、吸っているにしてください。 吸っている人、吸ったことがある人 1日 <input type="text"/> 本 <input type="text"/> 年 ※喫煙年数が1年未満の場合は、1年にしてください。 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。
	病歴	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 <input type="text"/> 歳から <input type="text"/> 歳まで
	受検歴	前回、胸部X線検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた <input type="radio"/> 前回、胸部CT検査を <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月に受けた <input type="radio"/>

※検査機関記入欄 受診日

No.

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、既に胸部レントゲン撮影(肺がん検診)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
(精密検査結果の把握・発見がん追跡調査)
- 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、既に胸部レントゲン撮影(肺がん検診)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
(精密検査結果の把握・発見がん追跡調査)
- 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。