

肺がん低線量CT検査申込相談票

次の質問に○、または必要事項を御記入ください。

長野市に住民票がある	はい	いいえ
生年月日をご記入ください	年	月 日
今年度胸部エックス線検査を受診済み、または受診予定はない	はい	いいえ
今年度、人間ドックや職場等の検診で胸部エックス線や胸部CTの検査の受診予定はない	はい	いいえ
呼吸器の病気で治療中、又は経過観察中ではない	はい	いいえ
心臓のペースメーカーは装着していない	はい	いいえ
(心臓のペースメーカーを装着されている場合)主治医の了承を得ている	はい	いいえ
除細動器は装着していない	はい	いいえ
受診日までの一週間以内に胃・大腸バリウム検査の予定はない	はい	いいえ
検査中、20秒程度息を止めていられる	はい	いいえ
妊娠中又は妊娠の可能性はない	はい	いいえ
ご希望の会場、日程をご記入ください	月 日 ()	保健センター
ご希望の受付時間に○をつけてください	9時～9時30分 10時～10時30分 11時～11時30分	9時30分～10時 10時30分～11時
お名前を漢字およびカナ氏名を合わせてご記入ください	漢字： カナ：	
FAX 番号かメールアドレス等、連絡先をご記入ください		
住所をご記入ください（番地、アパート名まで）		

お伺いした以外で、当日体調が悪い場合は受診できませんのでご了承ください。