

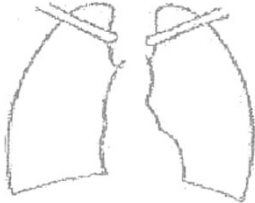
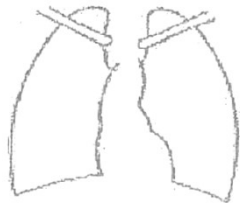
## 胸部レントゲン検診票

氏名	フリガナ 漢字	性別	フィルム No.	受診 No.	
			整理 番号	検診 日	
生年月日	大 年 月 日 昭 年度末年齢 ( 歳)	住所	井原市		
			電話	—	

★以下の質問にお答えください。

No.	問診項目	回 答	
		いずれかに○をつけてください	
1	過去1年間に胸部レントゲン検診を受けましたか。(昨年4月以降)	1 ある	2 ない
2	痰や血痰の症状がありますか。(※血痰の場合は6か月以内)	1 ある □痰 □血痰(6か月以内)	2 ない
3	職業などで石綿(アスベスト)などを取り扱う機会がありましたか。	1 ある	2 ない
4	(女性の方のみお答えください) 現在妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。	1 ある	2 ない
5	たばこを吸いますか。(加熱式タバコを含む)	1 吸う 吸っていた	2 吸わない
	●1と答えた方 → 平均して1日に約何本を、何年間吸っていましたか。喫煙指数 1日に( )本 × およそ( )年間 = ( ) 【( ) 年前から禁煙】		

★以下は記入しないでください。

胸部X線撮影所見①	胸部X線撮影所見②
 医師名	 医師名
<b>【診断名】</b> 1 異常なし                      53 気管支拡張症                      105 サルコイドーシス                      97 その他 77 治癒型結核                      56 肺気腫                      36 肋膜癒着 76 結核病変                      69 気胸                      28 石灰化 86 胸成術後                      73 肺炎・肺化膿症                      130 横隔膜ヘルニア 114 肺癌疑                      115 中葉症候群                      43 心肥大 46 良性腫瘍                      34 胸膜肥厚                      50 血管病変(管理要) 113 縦隔腫瘍                      55 肺線維症                      51 血管病変(管理不要) 52 慢性気管支炎                      4 異常陰影                      71 じん肺	
<b>【指導区分】</b> 1 異常なし 2 要観察 3 要精密検査 4 要医療	<b>【指示・備考】</b>  
<b>【医療機関名】</b>  	

※記載された個人情報、上記の業務に使用する他は、他の用途に使用せず、厳重に守られます。