

結核・肺がん検診受診票

住所					
フリガナ 氏名				性別	
生年月日		年齢	歳 (2025年3月31日時点)	電話番号	
1.	受診者の健康と健診の維持・向上・管理に使用するため、検査にかかる情報を市及び検診実施機関に提出することに同意のうえ、受診します。(個人情報の取り扱いの同意) ※同意いただけない場合、検診結果をお返しできなくなります。				はい・いいえ
2.	昨年度、市の結核・肺がん検診や胸の検査(胸部X線検査やCT等)を受けましたか。				はい・いいえ
3.	かぜ以外でせきやたんがいつもありますか。				はい・いいえ
4.	胸痛や息切れすることがありますか。				はい・いいえ
5.	6か月以内にたんに血が混じったことがありますか。				はい・いいえ
6.	胸部の病気(呼吸器疾患・血管疾患・甲状腺疾患・乳がんなどの悪性腫瘍)にかかったことがありますか。(治療中も含む)				はい・いいえ
	※はいの場合 → 該当する病気の□に『✓』を入れてください。 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 縦隔腫瘍 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 潜在性結核感染症(化学予防) <input type="checkbox"/> 肋膜炎(胸膜炎) <input type="checkbox"/> 肺非結核性抗酸菌症 <input type="checkbox"/> 気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 肺線維症・間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(COPD)・肺気腫・慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 甲状腺腫 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通院中 ※現在通院中の方は受診できない場合があります。				
7.	タバコを吸いますか、もしくは過去に吸っていましたか。 ※はいの場合 → 1日の本数()×()年間=()				はい・いいえ
8.	石綿(アスベスト)・溶接・石切場・ガラス製造・鉱山・鋳物・陶器等の職場で働いたことがありますか。				はい・いいえ
9.	(女性の方のみ) 妊娠中又は妊娠の疑いがありますか。				はい・いいえ
(注)回答は「はい」か「いいえ」に○をつけ、カッコ内は記入してください。					
<p>《注意事項》 ※市のがん検診は 1人年1回のみ受診できます。 2回以上受診された場合、2回目以降の費用は“自己負担”となります。</p> <p>①次のいずれかに該当される方は受診をご遠慮ください。 ◇職場等で同一の健診を受ける機会のある方。 ◇呼吸器等の病気で治療中又は経過観察中の方。 ◇妊娠中又は妊娠していると思われる方。 ◇撮影機器の安全向上のため、体重120Kg以上の方。 ◇インスリンポンプ及び持続グルコース測定器等を装着している方。(取り外す場合は必ず主治医にご相談ください)</p> <p>②検診当日、検診車内の着替える場所が狭い為、簡単に着脱できる服装でお越しください。 ・薄手で無地(刺しゅう、プリントは不可。白でなくとも可)の服であれば1枚で受診することができます。 (※ただし、タートルネック、プラトップや生地が重なっている服では受診できません。) ・ネックレス類、エレキパン等磁気のあるものや湿布、ワッペン、コルセット等は事前に外してください。</p> <p style="text-align: right;">【問合せ先】 君津市健康づくり課(保健福祉センター) TEL0439-57-2230</p>					
撮影番号				受診番号	

結核・肺がん検診受診票

住所	久保3-1-1 君津マンション				
フリガナ	キミツ タロウ	2025年3月31日 時点の年齢		性別	男
氏名	君津 太郎				
生年月日	昭和60年2月10日	年齢	40 歳 <small>(2025年3月31日時点)</small>	電話番号	0439 - 57 - 2230
太枠内を記入してください。	1.	受診者の健康と健診の維持・向上・管理に使用するため、検査にかかる情報を市及び検診実施機関に提出することに同意のうえ、受診します。(個人情報の取り扱いの同意) ※同意いただけない場合、検診結果をお返しできません。			はい・いいえ
	2.	昨年度、市の結核・肺がん検診や胸の検査(胸部X線検査やCT等)を受けましたか。			はい・いいえ
	3.	かぜ以外でせきやたんがいつもありますか。			はい・いいえ
	4.	胸痛や息切れすることがありますか。			はい・いいえ
	5.	6か月以内にたんに血が混じったことがありますか。			はい・いいえ
	6.	胸部の病気(呼吸器疾患・血管疾患・甲状腺疾患・乳がんなどの悪性腫瘍)にかかったことがありますか。(治療中も含む)			はい・いいえ
	※はいの場合 → 該当する病気の□に『✓』を入れてください。 <input type="checkbox"/> 肺がん <input type="checkbox"/> 縦隔腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 潜在性結核感染症(化学予防) <input type="checkbox"/> 肋膜炎(胸膜炎) <input type="checkbox"/> 肺非結核性抗酸菌症 <input type="checkbox"/> 気管支拡張症 <input type="checkbox"/> 肺線維症・間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患(COPD)・肺気腫・慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 甲状腺腫 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通院中 ※現在通院中の方は受診できない場合があります。				
	7.	タバコを吸いますか、もしくは過去に吸っていましたか。 ※はいの場合 → 1日の本数(30) × (20)年間=(600)			はい・いいえ
	8.	石綿(アスベスト)・溶接・石切場・ガラス製造・鉱山・鋳物・陶器等の職場で働いたことがありますか。			はい・いいえ
9.	(女性の方のみ) 妊娠中又は妊娠の疑いがありますか。			はい・いいえ	
<p>(注)回答は「はい」か「いいえ」に○をつけ、カッコ内は記入してください。</p> <p>《注意事項》 ※市のがん検診は 1人年1回のみ受診できます。 2回以上受診された場合、2回目以降の費用は“自己負担”となります。</p> <p>①次のいずれかに該当される方は受診をご遠慮ください。 ◇職場等で同一の健診を受ける機会のある方。 ◇呼吸器等の病気で治療中又は経過観察中の方。 ◇妊娠中又は妊娠していると思われる方。 ◇撮影機器の安全向上のため、体重120Kg以上の方。 ◇インスリンポンプ及び持続グルコース測定器等を装着している方。(取り外す場合は必ず主治医にご相談ください)</p> <p>②検診当日、検診車内の着替える場所が狭い為、簡単に着脱できる服装でお越しください。 ・薄手で無地(刺しゅう、プリントは不可。白でなくとも可)の服であれば1枚で受診することができます。 (※ただし、タートルネック、ブラトップや生地が重なっている服では受診できません。) ・ネックレス類、エレキパン等磁気のあるものや湿布、ワッペン、コルセット等は事前に外してください。</p> <p style="text-align: right;">【問合せ先】 君津市健康づくり課(保健福祉センター) TEL0439-57-2230</p>					
撮影番号					

忘れずに記入してください

※ 50歳以上で数値が600以上の方は
喀痰検査の対象になります。