

川崎市肺がん検診申込書・記録票

※ 受診される方へ : 太枠の中を強くお書きください。

〒25-0011 川崎市麻生区百合ヶ丘2-7-1
TEL. 04470-9351-0250

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	いしだクリニク
一部負担金	1. 有 2. 無 一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税	TEL. 04470-9351-0250

同日実施 特定健診

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個人個人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名	カナ氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
住所	川崎市 区	電話			

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

- 肺がん検診を受けたことがありますか
1 ない 2 ある [前回 年 月頃、検査結果 異常なし/病名 ()]
- 血縁者で「がん」にかかった人はいますか () には部位を記入してください
1 いない 2 いる (1) 父母 () (2) 兄弟姉妹 () (3) おじ・おば ()
- いままでに、次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある
(1) 肺がん (2) 肺炎 (3) 肺結核 (4) 肺線維症 (5) 肺気腫 (6) その他の肺疾患 ()
いつですか⇒ (年 月)
- 胸部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある (病名)
- 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある (病名)
- 最近6か月以内に以下のような症状がありますか 1 ない 2 ある
(1) せき (2) たん (3) 血たん (4) 胸・背中の痛み (5) 体重減少
- 嗜好について たばこ 1 吸ったことがない 2 以前吸っていた 1日 () 本× () 年 () 年前まで
3 吸う 1日 () 本× () 年
- 職業環境 (1) 石綿 (アスベスト) 関係 (2) その他 ()
- 妊娠の可能性はありますか。(女性のみ回答) 1 ない 2 ある

胸部エックス線	一次読影日 年 月 日 医師名	所見	診断	エックス線判定区分 (記号を記入する)				
				a 読影不能 b 異常所見を認めない c 異常所見を認めるが精査を必要としない d 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる e1 肺がんの疑いを否定しえない e2 肺がんを強く疑う				
胸部エックス線	二次読影日 年 月 日 医師名	所見	診断	エックス線判定区分 (記号を記入する)				
				A 読影不能 B 異常所見を認めない C 異常所見を認めるが精査を必要としない D 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる E1 肺がんの疑いを否定しえない E2 肺がんを強く疑う				
胸部エックス線検査決定判定区分			A	B	C	D	E1	E2

喀痰細胞診	1 実施せず	38 初回採痰	喀痰採取日 月 日 ~ 月 日	喀痰細胞診判定
	2 実施した (実施理由 ア・イ) ⇒ ※「がん検診等の手引き」参照		提出日 月 日 ~ 月 日	
3 すすめたが痰が取れなかった	39 再採痰	再採取日 月 日 ~ 月 日	A B C D E	
		再提出日 月 日 ~ 月 日		

総合診断 1 所見なし・精密検査不要 2 所見あり・精密検査不要 3 要精密検査 (肺がん以外)
4 要精密検査 ⇒ (1) 自院で実施 ・ 他院を紹介 (医療機関名)

判定医師名 石田和彦

医師のコメント (所見)

検診結果について、説明・指導を受けました。 令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので 結果を郵送 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考: