

< 肺ドック問診票 >

ID

年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 歳

電話番号 \_\_\_\_\_

〒

住所（結果郵送先） \_\_\_\_\_

できるだけ詳しくご記入下さい。

- 喫煙をしていますか。  喫煙していない  
 喫煙している → \_\_\_\_ 歳から 1 日に約 \_\_\_\_ 本  
 喫煙していた → \_\_\_\_ から \_\_\_\_ 歳まで 1 日に約 \_\_\_\_ 本
- 今までかかった病気・または現在治療中の病気はありますか。  
 心臓病  糖尿病  肝臓病  腎臓病  高血圧  
 呼吸器疾患（ 肺結核  胸膜炎  肋膜炎  肺炎  塵肺  気管支炎）  
 その他 \_\_\_\_\_  
職歴について教えてください。  
① あてはまる職歴があればチェックして下さい。  
 粉塵、アスベスト、クロム等の取り扱いをしている  石綿加工  金属加工  
 木材加工  石材加工  農薬散布  印刷（有機溶媒の取扱い）  
② 4-①にあてはまるものがあつた方は次もお答えください。  
携わっている（いた）期間 → \_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_ 歳まで約 \_\_\_\_ 年間
- 血縁者の中にがんにかかった方がありますか。  
 無  有 → 何方が \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_
- 最近検診（ドック）を受けたものがあればチェックしてください。  
 脳  心臓  大腸がん  乳がん  骨密度  人間ドック
- 気になる症状がありましたらご記入ください。

以下の注意事項をよくお読みください。

- 放射線被爆
- 検診の結果が異常なしであっても、これ以降肺がんにならないというわけではありません。発育の速い肺がんの場合、次の検診までの間に自覚症状で見つかることもあります。CT 検出できないくらい小さいものも発見することができません。

\* 上記注意事項をご確認のうえ、宜しければご署名をお願い致します。

私は、上記注意事項を確認のうえ、肺がんドックを受診することに同意します。

\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 ご署名 \_\_\_\_\_



医療法人社団 KNI

北原ライフサポートクリニック

KITAHARA LIFE SUPPORT CLINIC