

<肺がんCT検診問診票> ID _____ 実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____ 生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住 所 (結果郵送先) _____

電 話 番 号 自宅・携帯 (_____) - _____

① 現在気になる症状はありますか ☐ はい ☐ いいえ
どのような症状ですか

② タバコを吸っていますか。 ☐ はい ☐ いいえ ☐ 以前吸っていた
1 日 (_____) 本 × (_____) 歳 ~ (_____) 歳まで

③ 現在お仕事をお持ちですか。 ☐ はい → 職業 (_____) ☐ いいえ

④ アスベスト・クロム・マスタードガスの取り扱い、または放射線に被ばくした経験がありますか。
☐ はい ☐ いいえ

⑤ ④で「はい」と回答し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

⑥ 血縁者(親・兄弟姉妹・子・祖父母)でがんになった方がいましたか。
☐ はい ☐ いいえ

⑦ ⑥で「はい」と回答した方は次もお答えください。

続柄	病歴(がん)
例) 父方祖父	〇〇がん

⑧ <女性のみ> 現在妊娠をしていますか。 ☐ はい ☐ いいえ

以下の注意事項をよくお読みください。

- 1.放射線を使用した検査のため、少量の被ばくがあります。
- 2.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。進行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 で検出できな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、よろしければご署名をお願いします。

私は、上記注意事項を確認のうえ、肺がんCT検診(CT 検査)を受診することに同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 ご署名 _____