低線量肺がんCT検診問診票

ID			
フリガナ			
氏名	性別	男・女	
生年月日	年齢	歳	
身長	cm	体重	kg

チェック			
技師	読影	医師	受付

検診予約日

年	月	日
時間	:	

※お手数ですがフリガナ・氏名・性別・生年月日・年齢をご確認ください。

・最近6ヵ月間の症状4項目

せきは ほぼ毎日でる 時々でる でない

たんは ほぼ毎日でる 時々でる でない

息切れ ほぼ毎日でる 時々でる でない

血痰の有無 ある ない

・たばこについて

1. 現在、吸っている。 1日 () 本を () 歳から () 年間

2. () 年前まで吸っていた。 1日 () 本を () 歳から () 年間

3. 吸ったことはないが同居している家族に現在、喫煙者が いる いない

・今までにかかった病気について

肺結核 胸膜炎 肋膜炎 肺炎 塵肺 気管支炎 特になし その他 ()

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) () 年 () 月頃

・今までにした仕事について

金属加工 木材加工 石材加工 (採掘・加工) 石綿加工 農薬加工

粉塵・アスベスト・クロム等の取り扱い 印刷 (有機溶剤取り扱い)

・家族にがんになった人がいますか？

いない いる がんの部位 () ・本人との関係 ()

・過去に当機関で肺がんCT検診を受けられた事がありますか？

初回 ある

・現在、自覚症状はありますか？ (上記症状4項目以外で)

ない ある ()

・その他、何でもご記入下さい。

肺がんCT検診のご案内

これから受けられるCT検診には以下のような特徴があります。

1. 放射線の量は胃のX線検査とほぼ同じ量 (2.4mGy)です。
2. 40歳以上の方で喫煙者は放射線による不利益よりも本CT検査を受けることで肺がんによる死亡を免れる利益の方が大きくなります。