

令和6年度 松山市肺がん・結核個別検診受診票

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|
| 医療機関名 | | 医療機関番号 | 3 | 8 | 1 | | | | | |
|-------|--|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|

| |
|-------------|
| 医療機関確認者名() |
|-------------|

以下の太枠内をご記入ください。

| 同意書 | | | | | |
|---|--|-------|--------------------------|---------------------|--------------------|
| <p>この検診は、以下の①～④のすべてに同意される方が対象です。よくお読みいただき、同意書に自署をお願いいたします。 なお、同意されない場合、受診はできません。</p> <p>①私は受診日に松山市に住民票がある40歳以上(今年度末年齢)の者です。 ②私は今年度(4/1～3/20)に松山市の肺がん・結核検診を受診していません。 ③松山市が検診に関する個人情報(住所、年齢、性別、自己負担免除の対象要件等)を確認・使用することを了承します。 ④今後、上記①②に相違があった場合や、自己負担免除の対象でないことが判明した場合、検診費用最大3,195円を医療機関へ支払うことを約束します。</p> | | | | | |
| 氏名(自署) | | | | | |
| | | 保険の種類 | | 1. 松山市国保 2. 松山市国保以外 | |
| 住所 (住民票住所) | 松山市 (マンション名など: 号室) | | | 電話 番号 | 1. 自宅 2. 携帯 () |
| フリガナ | 性別 | 1. 男 | 生年 月日 | 2. 大 3. 昭 年 月 日 | |
| 氏名 | | 2. 女 | | (歳) | |
| 1 | 最近、3年間に肺がん検診(X線撮影等)を受けましたか | | | はい(年 月頃) | いいえ |
| 2 | 現在タバコを吸っていますか。又は以前に吸ったことがありますか | | | はい | いいえ |
| | タバコの量は ①1日の平均本数(例:20本〇、20～30本は×) ②吸った年数 ※加熱式タバコはカートリッジの本数を喫煙本数とします。 | | | ①(本/日) | |
| 3 | 仕事を通して石綿(アスベスト)を使用したことがありますか | | | はい(年前) | いいえ |
| 4 | 最近半年間で痰に血が混じったことがありますか | | | はい | いいえ |
| 5 | 今までに胸の病気をしたことがありますか | | | はい | いいえ |
| | その病気は、1.肺がん 2.肺結核 3.肺炎 4.ぜんそく 5.慢性閉塞性肺疾患(COPD) 6.じん肺 7.その他() | | | | |
| 6 | 血縁者に「がん」にかかった人はいますか ()にどこのがんか記入してください | | 父() 母() 兄弟姉妹() その他() | | |
| | | | 祖父() 祖母() おじ() おば() | | |
| 7 | (女性の方のみ)現在、妊娠している、または可能性がありますか | | | はい(妊娠 週) | いいえ |

※下記は医師が記入します。該当する番号に○をしてください。

| | | | |
|---------------|------------------------------------|--|--|
| 検診年月日 | 令和 年 月 日 | | |
| 検診結果 | 1. 読影不能(A) 2. 異常認めず(B) 3. 要経過観察(C) | | 4. 要精密検査(D) 5. 要精密検査(E) (肺がん以外) (肺がん疑い) |
| 判定 | 1. 精検不要 | | 2. 要精検 |
| 読影医師名 (2名) | _____ | | |

※要精検になった方には「精密検査依頼書兼結果報告書」を記入し、精密検査を勧めてください。

☆自己負担金の免除をした場合は、以下、該当する番号に○をしてください。

免除区分 1 = 後期高齢者 2 = 生活保護 3 = 非課税 4 = 中国残留邦人