

令和 7 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						
-------	--	--------	---	---	---	--	--	--	--	--	--

以下の太枠内をご記入ください。

医療機関確認者名()

同意書									
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。									
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 3,265 円を医療機関へ支払うことを約束します。									
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 2. 女	生年 月 日	2. 大 3. 昭 年 月 日 年度末年齢(歳)		
氏 名									
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)			
					②(年間)				
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