

令和8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  |   |                       |                     |              |        |  |  |                                |  |
|--|---|-----------------------|---------------------|--------------|--------|--|--|--------------------------------|--|
| 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。<br>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<br>(住民票住所)  |   | 松山市<br>(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<br>2. 女 |        | 生年月日   |  | 2. 大 3. 昭 年 月 日<br>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×)<br>②吸った年数<br>※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  | 最近半年間で痰がでたことがありますか。   |                       |                     |              |        | はい   |  | いいえ                            |  |
|  | また痰が出ていた場合は、痰に血が混じていたことがありますか。  |                       |                     |              |        | はい   |  | いいえ                            |  |
| 5  | 既往歴について該当するものに〇をつけてください。  |                       |                     |              |        | 1. 肺がん 2. 肺結核 3. 肺炎<br>4. ぜんそく 5. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)<br>6. じん肺 7. その他( ) |  | 1. 治療中 2. 経過観察中<br>3. 完治 4. 放置 |  |
| 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。<br>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。該当する番号に〇をしてください。

|               |                                    |  |        |  |
|---------------|------------------------------------|--|--------|--|
| 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)<br>(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<br>(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、該当する番号に〇をしてください。

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