

低線量肺がん CT 検診問診票・同意書

日付： 年 月 日

氏名 (カタカナ) _____

性別 男 ・ 女 _____

(漢 字) _____

生年月日 T・S・H 年 月 日 _____

年齢 _____ 歳

◆以下の質問事項にお答えください。該当する□にチェックを入れてください。

1. 今までにかかったことのある病気、または現在治療中の病気がありますか。

呼吸器疾患 (肺がん 肺炎 気管支炎 肺結核 その他 _____)

心臓病 糖尿病 高血圧症 腎臓病 肝臓病 その他 _____

2. 喫煙をしていますか。

① 喫煙していない

② 現在喫煙している (_____ 歳から約 _____ 年間)

③ 過去に喫煙していた (_____ 歳から _____ 歳まで約 _____ 年間)

上記②または③に該当する方は、これまでの喫煙歴をご記入ください。

1日に平均して吸うたばこの本数 _____ 本 × 喫煙年数 _____ 年

3. 職歴についてお答えください。

① 該当する職歴がある

粉じん、アスベスト、クロムなどの取扱い 石綿加工 金属加工

木材加工 石材加工 農薬散布 有機溶剤の取扱い

②上記に該当する場合

現在かかわっている (_____ 歳から約 _____ 年間)

過去にかかわっていた (_____ 歳から _____ 歳まで約 _____ 年間)

4. 血縁者 (両親、兄弟、子供) に「がん」の既往のある方はいますか。

なし

あり 続柄 _____ 病名 _____

続柄 _____ 病名 _____

◆本検査は検診であるため保険適用とはならず、全額自己負担となります。

金額：6,380 円 (税込)