

低線量肺がん CT 検診問診票

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と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）