

## 肺がんドック問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
住所 〒 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_ 携帯 \_\_\_\_\_

1 喫煙していますか。

喫煙したことがない

喫煙している → \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 本

喫煙していた → \_\_\_\_\_ 歳から \_\_\_\_\_ 歳まで \_\_\_\_\_ 1日 \_\_\_\_\_ 本

2 気になる症状があればご記入ください。

( \_\_\_\_\_ )

3 今までにかかった病気、または現在治療中の病気はありますか。

呼吸器疾患 (肺結核 胸膜炎 肋膜炎 肺炎 気管支喘息)

高血圧 糖尿病 心臓疾患 消化器疾患 肝臓病

その他 ( \_\_\_\_\_ )

4 職歴について、あてはまるものはありますか。

粉じん、アスベスト、クロム等の取り扱い 石綿加工 金属加工

木材加工 石材加工 農薬散布 印刷業 (有機溶媒の取り扱い)

5 血縁者の中にがんにかかった人はいますか。

無

有 → どなたが \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

6 最後に胸部のレントゲン写真を撮ったのはいつですか。

3 か月以内 6 か月以内 1 年以内 2 年以内 2 年以上前

7 当院の肺がんドックを選んでいただいたきっかけを教えてください。

当院ホームページ インターネット 当院に通院している

知人の紹介 その他 ( \_\_\_\_\_ )