

## 肺CTドック問診票

|          |                  |             |            |
|----------|------------------|-------------|------------|
| 記入日      | 年 月 日 ( )        | 診察券番号       | * 当院で記入します |
| 氏名       | 男<br>女           | 住所          |            |
| 生年<br>月日 | 昭・平<br>令 年 月 日 歳 | 連絡先<br>電話番号 |            |

①今までに胸部レントゲンで異常を指摘されたことはありますか ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の方は、ご記入ください（わかる範囲で結構です）

\* 指摘された内容

[ ]

②今までに大きな病気をしたことがありますか

☐ はい : 脳疾患 ・ 心疾患 ・ 肝臓疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 腎臓疾患

肺結核 ・ アレルギー疾患 ・ 婦人科疾患 ・ 泌尿器疾患

その他 [ ]

☐ いいえ

③次の症状がありますか

☐ はい : 痰 血痰 咳 胸痛 息切れ 喘鳴

その他 [ ]

☐ いいえ

④喫煙していますか

☐ はい

☐ 以前吸っていた

「はい」、「以前吸っていた」に該当する方は下記に記入してください

1日の喫煙数 ( ) 本 喫煙年数 ( ) 年

☐ いいえ

⑤その他、ご心配なことがありましたらご記入ください

[ ]