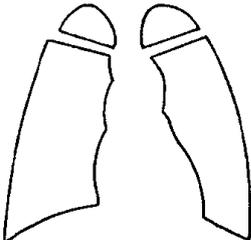
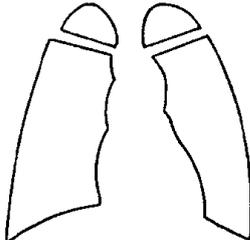


健康診断問診票

**結核健診を希望される方は、下記の健康診断問診票に必要事項を記入してください。
(太い枠内に郵便が届くようにはっきりと書いてください)**

住所	大阪市 区 (アパート名等)		
フリガナ			男 ・ 女
氏名			
	年 月 日生	満 歳	
電話番号			
<p>(1) 現在下記の症状はありますか。 ①なし ②あり</p> <p>ありの場合 ①せき ②たん ③たんに血が混じる ④胸が痛い ⑤全身がだるい ⑥少し熱がある ⑦急にやせた ⑧寝汗をかく ⑨血を吐いた ⑩食欲不振 最初からある症状が(日間、 週間、又は か月)続いている。</p>			
<p>(2) 現在治療中の病気はありますか。 ①なし ②あり</p> <p>ありの場合 ①高血圧 ②肺がん ③気管支喘息 ④糖尿病 ⑤その他()</p>			
<p>(3) かかりつけ医はありますか。 ①なし ②あり(医療機関名)</p>			
<p>(4) 今まで結核になった事がありますか。 ①なし ②あり</p> <p>ありの場合 ・治療期間(昭・平・令 年頃に、 か月間又は 年間治療した) ・治療をした医療機関名 () ・治療状況を教えてください。 ①忘れた ②治療していない ③最後まで治療した ④途中で治療をやめた</p>			
<p>(5) たばこは吸いますか。 ①吸わない ②現在吸っている(本/日) ③以前吸っていたが現在やめている(当時 本/日)</p>			
<p>(6) 今まで胸部エックス写真を撮ったことはありますか。 ①なし ②あり</p> <p>ありの場合 ①異常なし ②要精密検査 (撮影年月日: 年 月 日 撮影場所)</p>			
<p>(7) 女性の方のみお答え下さい。 現在妊娠している、又は妊娠の可能性が ①なし ②あり</p>			
撮影年月日		撮影No.	比較(有・無)
所見	 1次読影日: _____ 医師: _____ 病型: _____	 2次読影日: _____ 医師: _____ 病型: _____	判定日: 医師: [最終判定] <input type="checkbox"/> 精検不要 <input type="checkbox"/> 要精検
			病型

診療用放射線の説明済