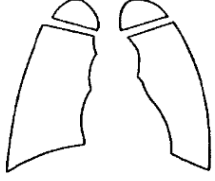
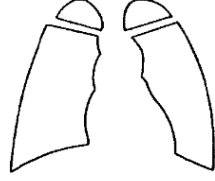
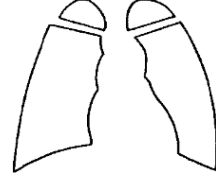
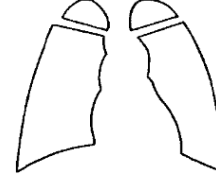
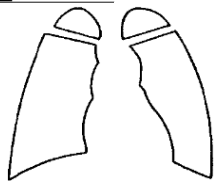
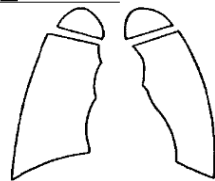
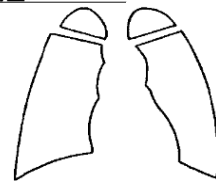
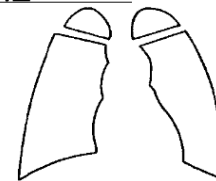


# 胸部エックス線検査個人票

様式5-12

開始年度(      年度) 終了年度(      年度) 担当保健師(      )

|          |                                                                         |                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ     |                                                                         |                                                                                                               | 男                                                                                                             | 年      月      日生(      )                                                                                       |                                                                                                                 |
| 氏名       |                                                                         |                                                                                                               | 女                                                                                                             |                                                                                                                |                                                                                                                 |
| 住 所      | TEL                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                 |
| 登録番号     |                                                                         |                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                 |
| 病型       | 肺・肺外(      )・LTBI<br>病型(      )                                         |                                                                                                               |                                                                                                               | 菌量                                                                                                             | S(      ) C(      )                                                                                             |
| 診断日      |                                                                         | 治療開始日                                                                                                         |                                                                                                               | 治療終了日                                                                                                          |                                                                                                                 |
| 経過等      | ※糖尿病治療の有無(無・有)                                                          |                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                 |
| 予定年月     | 年      月                                                                | 年      月                                                                                                      | 年      月                                                                                                      | 年      月                                                                                                       | 年      月                                                                                                        |
| 来所年月日 年齢 | 年      月      日(      )                                                 | 年      月      日(      )                                                                                       | 年      月      日(      )                                                                                       | 年      月      日(      )                                                                                        | 年      月      日(      )                                                                                         |
| 自覚症状     | ①咳                                                                      | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                            | 無・有(      /      ～)                                                                                             |
|          | ②痰                                                                      | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                            | 無・有(      /      ～)                                                                                             |
|          | ③胸痛                                                                     | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                            | 無・有(      /      ～)                                                                                             |
|          | ④発熱                                                                     | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                           | 無・有(      /      ～)                                                                                            | 無・有(      /      ～)                                                                                             |
|          | ⑤その他<br>自覚症状                                                            | 無・有(      /      ～)<br>(症状:      )                                                                            | 無・有(      /      ～)<br>(症状:      )                                                                            | 無・有(      /      ～)<br>(症状:      )                                                                             | 無・有(      /      ～)<br>(症状:      )                                                                              |
|          | ⑥その他<br>事項※                                                             | 妊娠(無・有)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病医療機器 無                                                                 | 妊娠(無・有)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病医療機器 無                                                                 | 妊娠(無・有)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病医療機器 無                                                                  | 妊娠(無・有)<br><input type="checkbox"/> 糖尿病医療機器 無                                                                   |
| エックス線撮影  | NO.                                                                     |                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                 |
|          | 所見                                                                      | <br>1次読影日:      医師:<br>病型: | <br>1次読影日:      医師:<br>病型: | <br>1次読影日:      医師:<br>病型: | <br>1次読影日:      医師:<br>病型: |
|          |                                                                         | <br>2次読影日:      医師:<br>病型: | <br>2次読影日:      医師:<br>病型: | <br>2次読影日:      医師:<br>病型: | <br>2次読影日:      医師:<br>病型: |
|          | 最終判定<br>/指導区分                                                           | 判定日:      医師:                                                                                                 | 判定日:      医師:                                                                                                 | 判定日:      医師:                                                                                                  | 判定日:      医師:                                                                                                   |
| 喀痰検査     | 年      月      日                                                         | 年      月      日                                                                                               | 年      月      日                                                                                               | 年      月      日                                                                                                |                                                                                                                 |
|          | S(      ) C(      )                                                     | S(      ) C(      )                                                                                           | S(      ) C(      )                                                                                           | S(      ) C(      )                                                                                            |                                                                                                                 |
| 結果指導日    | 年      月      日                                                         | 年      月      日                                                                                               | 年      月      日                                                                                               | 年      月      日                                                                                                |                                                                                                                 |
|          | 方法: 面接・電話・発送<br>対象: 本人・他(      )<br><input type="checkbox"/> 診療用放射線の説明済 | 方法: 面接・電話・発送<br>対象: 本人・他(      )<br><input type="checkbox"/> 診療用放射線の説明済                                       | 方法: 面接・電話・発送<br>対象: 本人・他(      )<br><input type="checkbox"/> 診療用放射線の説明済                                       | 方法: 面接・電話・発送<br>対象: 本人・他(      )<br><input type="checkbox"/> 診療用放射線の説明済                                        |                                                                                                                 |
| 備考       |                                                                         |                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                                                |                                                                                                                 |

※糖尿病治療中の場合、取り外しが必要なインスリンポンプ・持続グルコース測定器(糖尿病医療機器)を装着していないことを確認する。