高浜市肺検診票

※太枠内をご記入ください。

住　所　高浜市　　町　　丁目　　番地

（　　）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（男・女）

生年月日　　大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号　　－　　－

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

※問診　あてはまるものに〇をつけて下さい

問診

1）今までに肺検診を受けたことがありますか。
なし
あり
・レントゲン検査　　前回（　　）年前
　その時の結果（　　）
・細胞診検査　　前回（　　）年前
　その時の結果（　　）
・その他の方法（　　）
　前回（　　）年前
　その時の結果（　　）

2）今までに次の病気をしたことがありますか。
・特になし
・肺結核　　・慢性気管支炎
・その他の結核　　・肺炎
・喘息　　・その他呼吸器病気

3）あなたと血のつながりがある方で、がんにかかった方がありますか。
なし・あり（病名　　・続柄　　）

4）つぎのような自覚症状がありますか。
・特になし
・咳　・痰　・胸痛　・その他（　　）

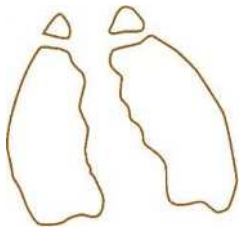
5）6カ月以内に痰に血のようなものがまじったことがありますか。
なし・あり

6）嗜好（タバコを吸いますか）
1.吸わない
2.吸う（以前に吸っていたのも含む）
1日　　本、　　歳から　　歳まで、　　年間

7）過去の職歴（　　歳から　　歳まで）
放射線・溶接・ガラス製造・石綿・鉱山・鋳物
陶器・コールタール・ピッチ・ニッケル・クロム
その他（　　）

B1 指数	
血痰	

胸部 X 線検査結果				判定医師	
比較読影	二重読影	総合判定			
a	A	読影不能にて要再撮影	A		
b	B	異常なし	B		
c	C	所見あるが精査要せず	C		
d1	D1	「活動性肺結核」治療を要する結核を疑う	D1		
d2	D2	「活動性非結核性肺病変」肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う	D2		
d3	D3	「循環器疾患」大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う	D3		
d4	D4	「その他」縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う	D4		
e1	E1	肺がんの疑いを否定し得ない	E1		
e2	E2	肺がんを強く疑う	E2		



フィルム No

心胸郭比 %

所見

喀痰所見

総合判定			判定医師	
	喀痰中に細胞球を認めない	A		
・異常なし ・要観察 ・要精密検査	正常上皮細胞のみ 基底細胞増性 軽度異型扁平上皮細胞 絨毛円柱上皮細胞	B	特記事項	
	中等度異型扁平上皮細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	C		
	高度異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	D		
	悪性腫瘍細胞を認める	E		

電算入力	

Formulário de Exame de Pulmão da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estam dentro das bordas grossas.

Endereço Takahama-shi

(　　)

Nome _____ (Masc・Fem)

Nascimento Ano　　Mês　　Dia　　(Idade　　)

Telefone　　-　　-

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

※Questionário　Por favor, circule aos que se aplicam.

Questionário

1）Já realizou o exame de plumão antes?
Não
Sim
・Exame de Raio-X　Última vez (　　)anos atrás
　Resultado do exame(　　)
・Exame citológico　Última vez (　　)anos atrás
　Resultado do exame(　　)
・Outro método（　　）
　Última vez (　　)anos atrás
　Resultado do exame(　　)

2）Já teve alguma das doenças a seguir?
・Nada em particular
・Tuberculose pulmonar　・Bronquite crônica
・Outro tipo de tuberculose　・Pneumonia
・Asma　・Outra doença respiratória

3）Algum parente cosanguíneo já sofreu de câncer?
Não・Sim(Doença　　・Parentesco　　)

4）Tem algum dos seguintes sintomas?
・Nada em particular
・Tosse　・Catarro　・Dor no peito
・Outros（　　）

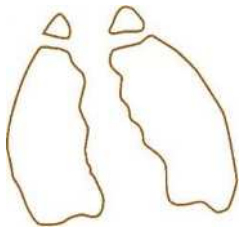
5）Já teve substância semelhante ao sangue em seu catarro nos últimos 6 meses?。
Não・Sim

6）Preferências（Você fuma cigarro?）
1.Não fumo
2.Fumo (Incluindo os que fumavam antes）
Por dia　bitucas,　anos até os　anos, por　anos

7）Histórico de profissão
（　anos até os　anos de idade）
Radioterapia・Soldagem・Fabricação de vidro・Amianto・Mineração・Fundição
Cerâmica・Alcatrão・Piche・Níquel・Cromo
Outros（　　）

B1 指数	
血痰	

胸部 X 線検査結果				判定医師	
比較読影	二重読影	総合判定			
a	A	読影不能にて要再撮影	A		
b	B	異常なし	B		
c	C	所見あるが精査要せず	C		
d1	D1	「活動性肺結核」治療を要する結核を疑う	D1		
d2	D2	「活動性非結核性肺病変」肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う	D2		
d3	D3	「循環器疾患」大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う	D3		
d4	D4	「その他」縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う	D4		
e1	E1	肺がんの疑いを否定し得ない	E1		
e2	E2	肺がんを強く疑う	E2		



フィルム No

心胸郭比 %

所見

喀痰所見

総合判定			判定医師	
・異常なし ・要観察 ・要精密検査	喀痰中に細胞球を認めない	A		
	正常上皮細胞のみ 基底細胞増性 軽度異型扁平上皮細胞 絨毛円柱上皮細胞	B	特記事項	
	中等度異型扁平上皮細胞 核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	C		
	高度異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める	D		
	悪性腫瘍細胞を認める	E		

電算入力	

肺検診結果通知書

住　所　高浜市　　町　　丁目　　番地

（　　）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様（男・女）

生年月日　　大正・昭和　　年　　月　　日（　　歳）

電話番号　　－　　－

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

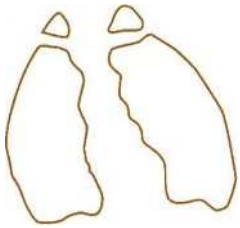
肺検診の結果は、次のとおりでしたのでお知らせします。

異常なし…今回の検診では、異常所見は認められません。がんは早期のうちは自覚症状がないものが多いので、症状がなくても年１回は検診を受けられるようおすすめします。

要観察…いまのところ特別な検査や治療をする必要はありませんが、健康状態に変化があれば医療機関で精密検査を受けてください。

要精密検査…異常所見が見られますので、この通知書と健康保険証・返信用封筒をお持ちのうえ、医療機関で精密検査を受けてください。

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL（0566）95-9558

胸部 X 線検査結果		判定医師	
読影不能にて要再撮影	A		フィルム No
異常なし	B		
所見があるが精査要せず	C		
要精密検査	D1		
	D2		
	D3		
	D4		
	E1	所見	心胸郭比 %
	E2		

喀痰所見

総合判定			判定医師	
・異常なし ・要観察 ・要精密検査	材料不適、要検査	A		
	現在以上を認めない。次回定期検診	B	特記事項	
	程度に応じて６カ月以内の再検査追加検査	C		
	直ちに精密検査	D		
		E		

電算入力	

Notificação do Resultado do Exame de Pulmão da Cidade de Takahama

Endereço Takahama-shi

(　　)

Nome _____（Masc・Fem）

Nascimento Ano　　Mês　　Dia　　（Idade　　）

Telefone　　-　　-

宛名番号	
受診年月日	
高浜市受付 No	

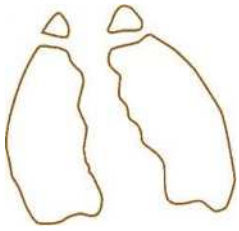
O resultado do exame de pulmão segue conforme abaixo.

Sem anomalias…Não foram encontradas anomalias neste exame. Muitos tipos de câncer não apresentam sintomas em seus estágios iniciais, por isso recomendamos que você faça um check-up uma vez por ano, mesmo que não apresente nenhum sintoma.

Observação necessária…Não há necessidade de nenhum teste ou tratamento especial neste momento, mas se houver alguma alteração no seu estado de saúde, faça um exame minucioso.

Exame minucioso necessário…Como foram achadas anormalidades, leve esta “notificação do resultado”, o “cartão do seguro de saúde” e o “envelope de devolução” para uma instituição médica para um exame minucioso.

Grupo de Promoção da Saúde
Takahama-shi Kasuga-cho 5-165
TEL（0566）95-9558

Resultados do exame de radiografia torácica		Médico avaliador	
É necessário um novo exame devido a imagem ilegível	A	 Descoberta	Filme radiográfico No.
Sem anomalias	B		
Há descobertas, mas nenhuma investigação adicional é necessária.	C		
Exame minucioso necessário	D1		Índice cardiotorácico %
	D2		
	D3		
	D4		
	E1		
	E2		

Achados em relação ao escarro

Avaliação geral			Médico avaliador	
・Sem anomalias ・Observação necessária ・Exame minucioso necessário	Material inadequado, inspeção necessária	A	Observações	
	Não são reconhecidos achados além dos atuais. Próximo exame de rotina.	B		
	Reexame ou exame adicional dentro de 6 meses, dependendo da gravidade.	C		
	Exame minucioso imediato.	D		
		E		

電算入力	

診療依頼書（兼精密検査結果報告書）

医療機関様

高浜市健康推進グループ
高浜市春日町五丁目 165 番地
TEL（0566）95-9558

本状持参の方は、肺・結核検診の結果、精密検査が必要と思われますのでよろしくお願い申し上げます。つきましては、検診結果についてご教示いただきたくお手数ですが、下記の精密検査結果報告書にご記入のうえ、ご送付くださるようお願いします。

なお、ご送付の際には受診者持参の返信用封筒をご利用ください。

精密検査の結果	異常なし 原発性肺がん　組織型：扁平、腺、大細胞、小細胞、その他 病期：Occult Cancer、0、ⅠA、ⅠB、ⅡA、ⅡB、ⅢA、ⅢB、Ⅳ 部位：肺門、肺野 （早期・非早期）※国立がんセンターの定義による 転移性肺腫瘤 良性腫瘍 肺結核（活動性・不活動性・治療型） 肺がんの疑い その他の疾患（　　） 診断保留
診断の方法 及び検査年月日	胸部 CT　　年　　月　　日 細胞診　　年　　月　　日 組織診　　年　　月　　日 その他（　　）　　年　　月　　日
診断後の処置	治療・外科療法：有・無 （完全切除、非完全切除、判定不能手術） ・放射線療法：有・無 ・化学療法：有・無 ・免疫療法：有・無 ・その他：（　　） 経過観察が必要 治療不要 他院へ紹介（病院名：　　） その他　（　　）

電算入力	

年　　月　　日　医療機関所在地

医療機関名

担当医師名