

Formulário de Exame de Pulmão da Cidade de Takahama

※Preencha os itens que estão dentro das bordas grossas.

(Para apresentação à prefeitura)

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: (M・F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

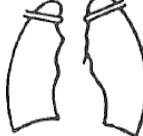
Telefone: - -

Custo

Seguro Nacional de Saúde (pessoas com 40 anos ou mais)	0 円
---	-----

Perguntas

Atualmente, você apresenta algum dos seguintes sintomas relacionados aos pulmões?	Sim	Não
1 Tosse 2 Expectoração 3 Dor no peito 4 Falta de ar 5 Outros sintomas preocupantes ()		
Nos últimos 6 meses, você apresentou sangue no catarro?	Sim	Não
Atualmente, você fuma?	Sim	Não Parei
• A que idade você começou a fumar? Com anos		Seu índice de tabagismo
• A que idade você parou de fumar? Com anos		(Número de cigarros por dia×anos de fumo)
• Quantos cigarros você fuma (ou fumava) em média por dia?	unidades	= ()
• No total, por quantos anos você fumou? Por anos		
Você já realizou radiografia de tórax ou exame de escarro?	Sim	Não
Radiografia : Há anos atrás (Resultado :) /		
Exame de escarro : Há anos atrás (Resultado :) /		
Tomografia computadorizada do tórax : Há anos atrás (Resultado :)		
Você já teve alguma doença no tórax?	Sim	Não
1 Tuberculose pulmonar 2 Pleurisia 3 Pneumonia 4 Asma 5 Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)(enfisema, bronquite crônica, etc.) 6 Pneumoconiose 7 Outros ()		
Há algum parente de sangue na sua família que teve câncer?	Não	Sim
(Quem : Nome da doença :)		
Você já trabalhou em alguma das seguintes profissões?	Sim	Não Não sei
1 Fabricação ou processamento de produtos de amianto 2 Cerâmica industrial 3 Indústria de processamento de metais 4 Outros ()		
Período : Por anos		
Você está grávida atualmente ou há possibilidade de gravidez?	Sim	Não
Idade gestacional : semanas / Data da última menstruação: Ano Mês Dia		

比較読影	二重読影	胸部X線総合判定	判定 医師	
a	A	読影不能にて要再撮影	A	 フィルムNo. 心胸郭比 % 所見
b	B	異常なし	B	
c	C	所見があるが精密検査要さず	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	

※偶発症がある場合、所見欄に追記

総合判定	☐ 1 精密検査不要
	☐ 2 要観察
	☐ 3 要精密検査

医療機関名 総合判定医師	
受診年月日	

Notificação do Resultado do Exame de Pulmão da Cidade de Takahama

(Via do paciente)

Endereço: Takahama-shi

()

Nome: (M • F)

Nascimento: Ano Mês Dia (Idade)

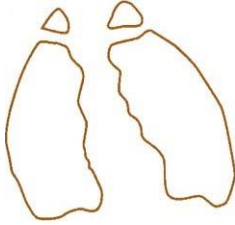
Telefone: - -

Custo	
Cidadãos de Takahama (pessoas com 40 anos ou mais neste ano)	¥ 0

Conforme o resultado abaixo, recomendamos que proceda da seguinte forma:

1. Sem anomalias... Nesse exame não foram encontradas anormalidades.
No entanto, muitos tipos de câncer não apresentam sintomas nas fases iniciais, por isso recomendamos fazer exames de rotina pelo menos uma vez por ano, mesmo que não haja sintomas. Além disso, caso apresente algum sintoma, recomendamos procurar uma instituição médica.
2. Observação necessária... Por enquanto, não há necessidade de realizar exames ou tratamentos especiais. No entanto, caso haja alguma mudança no seu estado de saúde, procure um instituição médica para realizar exames mais detalhados.
3. Exame minucioso necessário... Por favor, leve esta notificação de resultado, o cartão My Number (cartão de seguro de saúde My Number) ou o comprovante de elegibilidade, e o envelope de resposta, e realize um exame detalhado em uma instituição médica.

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		Filme radiográfico No.
Sem anomalias	B		
Há descobertas, mas nenhuma investigação adicional é necessária.	C		
Exame minucioso necessário	D1		Índice cardiorádico %
	D2		
	D3		
	D4		
	E1		
	E2	Descoberta	

Avaliação Geral	☐ 1 Sem necessidade de exame minucioso
	☐ 2 Observação necessária
	☐ 3 Exame minucioso necessário

※Caso haja complicação ou achados incidentais, a informação será registrada no campo de observações.

Nome da instituição médica	
Nome do médico avaliador geral	
Data da consulta	

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いたします。

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。

[illegible]

年 月 日 医療機関所在地

医療機関名

担当医師名