







氏名	様	連絡先電話番号
----	---	---------

①～③で該当するものに○をしてください。ご自身で分かる範囲でご記入ください。

 <p>① ( ) 精密検査を受診した</p>		<p>受診年月日： 年 月 日</p> <p>医療機関： _____</p> <p>検査方法：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 胸部X線検査</li> <li>2. 胸部CT (HR-CT)</li> <li>3. 喀痰細胞診</li> <li>4. 気管支鏡</li> <li>5. 経皮針生検</li> <li>6. その他 ( )</li> </ol> <p>検査結果： (いずれか一つ)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 異常なし</li> <li>2. 経過観察 (様子を見るように言われた)</li> <li>3. 治療が必要【診断名】( )</li> </ol>
<p>② ( ) 精密検査を受診しない</p>	 <p>複数回答可</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 医師に相談したが「精密検査ではなく経過をみましょう」と言われた 医療機関 _____</li> <li>2. 精密検査は受けず、すぐ治療が始まった</li> <li>3. 異常がないと思う</li> <li>4. 病気だと診断されるのが怖い</li> <li>5. 忙しい</li> <li>6. 特に理由はない</li> <li>7. その他 ( )</li> </ol>
<p>③ ( ) 今後受診予定である</p>		<p>予定年月日 _____ 年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p>

返信のない方には再度送付させて頂く場合がございますので、ご了承ください。