

폐암 검진 시범사업 참여 신청서

- 1 이름 :
- 2 생년월일(년/월/일) :
- 3 성별(남/여) :
- 4 연락처 :

본인은 폐암 검진 시범사업 참여 신청을 원합니다.

참여자 서명 _____ 작성일자(년/월/일) _____

<참여 대상자 기준 선정기준표>

- 1 귀하의 연령은 만 55-74세입니까? 예 아니오
- 2 귀하의 흡연력은 30갑년* 이상입니까? 예 아니오

* 갑년이란?

평생 흡연력을 표시하는 단위로, 평균 하루에 피운 담뱃갑 수와 흡연한 기간을 곱하여 계산합니다.

___갑씩 × ___년간 = ___갑년

예) 1갑씩 30년간 흡연한 경우, 1갑 × 30년간 = 30갑년
2갑씩 15년간 흡연한 경우, 2갑 × 15년간 = 30갑년

- 3 폐암을 진단받고 치료받은 적이 있습니까? 예 아니오
- 4 결핵, 폐렴 및 간질성 폐질환으로 치료중입니까? 예 아니오
- 5 5년 이내 암진단을 받으셨습니까? 예 아니오
- 6 6개월 이내 흉부 CT검사를 받으셨습니까? 예 아니오

상기와 같이 폐암 검진 참여자 선정기준표를 확인하였으며,
폐암 검진 시범사업의 참여를 권고합니다.

보건소 또는 의료기관 명 :

담 당 자 : (서명)

년 월 일

폐암검진 시범사업 참여기관 _____ 병원 귀중