受付Ｎｏ．＿＿＿＿＿＿

前立腺がん検診受診票

検診年月日									
令和			年			月			日
整理番号									

※　下記太枠内を記入してください。

フリガナ			生　年　月　日
氏　　名	（姓）	（名）	大正□　昭和□　　年　　月　　日
住　　所	井原市	電話	年齢　年度末年齢（　　歳）

家族歴

あなたの血縁者にがんにかかった人はいますか（該当に○をしてください）

いいえ　・　はい

続柄	①父　②母　③兄弟姉妹　④子	がん	肺・胃・大腸・前立腺・乳・子宮・その他（　　）
続柄	①父　②母　③兄弟姉妹　④子	がん	肺・胃・大腸・前立腺・乳・子宮・その他（　　）

①　今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか	1. ある　2. ない
②　尿が全部出るのに時間がかかりますか（普通20秒以内）	1. はい　2. 時々　3. いいえ
③　尿をする時に痛みがありますか	1. はい　2. 時々　3. いいえ
④　最近、血尿が出たことがありますか	1. はい　2. 時々　3. いいえ
⑤　前立腺の手術を受けたことがありますか	1. はい　2. いいえ

医師記入欄

検査の結果	血液検査　ＰＳＡ　　.　　ng/ml	キット名（　　）
	□ 異常なし　□ 要精密検査	

実施医療機関名		
医療機関コード（市記入）		