

令和3年6月4日

大阪市前立腺がん検診
取扱医療機関の長 様大阪市健康局健康推進部
健康づくり課長〔担当：高木
電話：06-6208-9943〕

大阪市前立腺がん検診について

平素は、本市保健衛生行政に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

本年7月より開始の前立腺がん検診事業について、検診に使用する個人票を5月末に地区医師会あて送付したところですが、事業開始にあたり、ご留意いただきたい点を次にまとめましたのでご確認ください。

なお、検診は**7月1日以降に実施**できますのでご承知いただきますようお願いいたします。

記

大阪市前立腺がん検診実施にかかる詳細は、令和3年度「大阪市保健事業のしおり」44～46ページに記載しておりますので、開始前に必ずご確認くださいませようお願い申し上げます。

- 1 **令和3年度**の検診対象は、令和3年4月1日から令和4年3月31日までに、50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の誕生日を迎える男性市民で**5年度に一度の検診**です。
- 2 検診は、問診及びPSA検査（血液検査）によりますが、**結果判定は、受診者の年齢階層により精密検査対象となる数値が異なります。一律の数値ではありません。**
※大阪市保健事業のしおり44ページ参照
- 3 「大阪市前立腺がん検診精密検査協力医療機関一覧」を同封しております。精密検査受診指導にご活用ください。
- 4 精密検査結果は全件把握のうえ、本市への回答にご協力をお願いいたします。精密検査結果回答、及び精密検査受診紹介には「**大阪市前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果通知書（3枚複写）**」をご使用ください。様式のサンプルを同封しておりますのでご確認ください。精密検査結果の把握については令和3年度「大阪市保健事業のしおり」4ページをご参照ください。

なお、本様式については、6月下旬に大阪府医師会あて納品予定です。

大阪市前立腺がん検診 精密検査協力医療機関一覧（令和3年5月31日現在）

精密検査協力医療機関は随時更新しています。最新情報は大阪市ホームページでご確認ください。

<https://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000361464.html>

所在区	医療機関名称	郵便番号	住所	電話番号
北区	一般財団法人 住友病院	530-0005	北区中之島5-3-20	06-6443-1261
北区	(財) 田附興風会 北野病院	530-8480	北区扇町2-4-20	06-6312-1221
北区	(医) 伯鳳会 大阪中央病院	530-0001	北区梅田3-3-30	06-4795-5500
北区	(医) 天星 ほしやまクリニック	530-0001	北区梅田1-8-16ヒルトンプラザイースト5階	06-6343-3511
北区	(社福) 恩賜財団 大阪府済生会中津病院	530-0012	北区芝田2-10-39	06-6372-0333
福島区	関西電力病院	553-0003	福島区福島2-1-7	06-6458-5821
福島区	やまなかクリニック	553-0001	福島区海老江2-1-4	06-6343-8700
福島区	腎臓泌尿器科はやくクリニック	553-0003	福島区福島5-18-25-3F	06-6343-8803
此花区	おおにし泌尿器科クリニック	554-0014	此花区四貫島1-5-11セントビル2階	06-6460-2005
此花区	(社福) 大阪暁明館 大阪暁明館病院	554-0012	此花区西九条5-4-8	06-6462-0261
中央区	岩佐クリニック	542-0073	中央区日本橋1-3-1三共日本橋ビル3階	06-6213-2841
中央区	国家公務員共済組合連合会 大手前病院	540-0008	中央区大手前1-5-34	06-6941-0484
中央区	独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター	540-0006	中央区法円坂2-1-14	06-6942-1331
西区	(社医) きつこう会 多根総合病院	550-0025	西区九条南1-12-21	06-6581-1071
西区	(公財) 日本生命済生会日本生命病院 (ニッセイ予防医学センター)	550-0006	西区江之子島2-1-54	06-6443-3446
港区	(独法) 地域医療機能推進機構 大阪みなと中央病院	552-0003	港区磯路1-7-1	06-6572-5721
天王寺区	大阪赤十字病院	543-0027	天王寺区筆ヶ崎町5-30	06-6774-5111
天王寺区	のむら泌尿器科	543-0042	天王寺区烏ヶ辻1-3-24K'sスクエア1F	06-6105-2525
天王寺区	(医) 警和会 大阪警察病院	543-0035	天王寺区北山町10-31	06-6771-6051
西淀川区	(公財) 淀川勤労者厚生協会附属 西淀病院	555-0024	西淀川区野里3-5-22	06-6472-1141
西淀川区	(社医) 愛仁会 千船病院	555-0034	西淀川区福町3-2-39	06-6471-9541
淀川区	(医) しもがき泌尿器科クリニック	532-0026	淀川区塚本2-24-20TO. コート塚本1F	06-6304-5454
淀川区	にしさか腎泌尿器科クリニック	532-0006	淀川区西三国3-9-36カーサミヤ1階	06-6397-7100
東淀川区	淀川キリスト教病院	533-0024	東淀川区柴島1-7-50	06-6322-2250
東成区	(医) 大平会 大森クリニック	537-0024	東成区東小橋1-10-6	06-6977-8361
生野区	(医) 育和会 育和会記念病院	544-0004	生野区巽北3-20-29	06-6758-8000
旭区	山村クリニック	535-0002	旭区大宮3-2-27	06-6954-2122
旭区	(医) ふじた泌尿器科	535-0022	旭区新森2-4-10	06-6952-3822
城東区	(社福) 恩賜財団 大阪府済生会野江病院	536-0001	城東区古市1-3-25	06-6932-0401
阿倍野区	大阪鉄道病院	545-0053	阿倍野区松崎町1-2-22	06-6628-2221
阿倍野区	大阪市立大学医学部附属病院	545-8586	阿倍野区旭町1-5-7	06-6645-2121
阿倍野区	石原医院	545-0021	阿倍野区阪南町2-19-24	06-6621-9616
阿倍野区	あらいクリニック	545-0004	阿倍野区文の里2-11-25メディカルプラザ阿倍野3F	06-6690-0007
阿倍野区	(医) 腎・泌尿器科 伊藤クリニック	545-0014	阿倍野区西田辺町1-21-13サンパティータ西田辺2F	06-6606-2277
住之江区	(社医) 景岳会 南大阪病院	559-0012	住之江区東加賀屋1-18-18	06-6685-0221
東住吉区	(医) 千寿会 ヒグチ外科	546-0012	東住吉区中野1-5-6	06-6702-1205
平野区	こもりクリニック	547-0021	平野区喜連東1-8-46	06-6105-2560
西成区	(医) 北野皮フ泌尿器科	557-0047	西成区岸里東2-3-22メディカル天神の森コートビル5F	06-6659-7760

大阪市 前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書

(様式サンプル)

- 大阪市前立腺がん検診の精密検査結果は全件把握のうえ、本市への回答にご協力をお願いいたします。
- 精密検査結果回答、及び精密検査受診紹介には「**大阪市前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果通知書（3枚複写）**」をご使用のうえ、「大阪市前立腺がん検診精密検査協力医療機関一覧」等で泌尿器科専門医による精密検査診療をご勧奨ください。
- なお、本書面はサンプルです。実際にご使用いただく3枚複写形式の様式は、6月下旬に大阪府医師会あて納品予定です。

※前立腺がん検診以外の大阪市がん検診においても、「精密検査依頼書 兼 結果通知書（3枚複写）」のご使用を是非ともお願いいたします。

①精密検査実施機関控

大阪市 前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書

精密検査実施機関の長 様

令和 年 月 日

平素は、大阪市の健康増進事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
 さて、大阪市の前立腺がん検診におきまして下記の方は、要精密検査の結果となりました。
 つきましては、ご高診いただき、精密検査結果が明らかとなりましたら、下記の報告書にご記入の上
 一次検診実施機関へ「②一次検診実施機関控・③大阪市控」の2枚をご返送していただきますようお願い
 申し上げます。

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
氏名			
住所			
一次検診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果(測定試薬名)
	実施機関		_____ ng/ml

精密検査	1 実施した (下記に精密検査を実施した医療機関名称および所在地を記入してください) 【精検受診日】 令和 年 月 日	
	医療機関名 所在地	
	2 実施していない (理由:) 3 不明 (把握できない)	
	検査の種類	1.PSA再検 (令和 年 月 日) ・ 結果(ng/ml) <input type="checkbox"/> 未実施 2.直腸診 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 3.超音波検査 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経腹的 ・ <input type="checkbox"/> 経直腸 <input type="checkbox"/> 未実施 4.MRI (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 5.前立腺生検 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施 6.その他 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施
診断名	1 異常認めず 2 前立腺がん 3 前立腺肥大 4 前立腺炎 5 その他 ↳ ※下段の二重枠内に記入してください ()	
(上記診断に対する) 今後の治療場所及び治療方針	1 治療場所: 1 当院 2 他院 医療機関名 所在地 2 治療方針: 1 手術療法 2 放射線療法 3 化学療法 4 内分泌療法 5 PSA監視療法 6 その他(無治療/内服加療/他)	

※前立腺がんと診断された場合は下記にご記入下さい

治療実施医療機関および所在地	
T N M 分類	T(X・0・1a・1b・1c・2a・2b・2c・3a・3b・4) ・ N(X・0・1) ・ M(X・0・1)
病理組織	腺癌 その他 () グリソンスコアー +
N C C N リスク分類	低リスク ・ 中間リスク ・ 高リスク
治療方法(複数選択可)	1. 手術療法 2. 放射線療法 3. 内分泌療法 4. PSA監視療法 5. その他 ()
【備考】	

②一次検診実施機関控

大阪市 前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書

一次検診実施機関の長 様

令和 年 月 日

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

精密検査実施機関より「③大阪市控」が同封返送されている場合は、

〒530 - 8201 大阪市北区中之島1-3-20 大阪市健康局健康推進部健康づくり課成人保健G まで
ご送付をお願い申し上げます。 ※本市あて返信用封筒が貴院にない場合はご請求くだされば送付します。

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
氏 名			
住 所			
一 次 検 診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果(測定試薬名)
	実施機関		_____ ng/ml

精 密 検 査	1 実施した (下記に精密検査を実施した医療機関名称および所在地を記入してください) 【精検受診日】令和 年 月 日	
	医療機関名 所在地	
	2 実施していない (理由:)	
	3 不明 (把握できない)	
検 査 の 種 類	1.PSA再検 (令和 年 月 日) ・ 結果(ng/ml) <input type="checkbox"/> 未実施	
	2.直腸診 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
	3.超音波検査 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経腹的 ・ <input type="checkbox"/> 経直腸 <input type="checkbox"/> 未実施	
	4.MRI (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
	5.前立腺生検 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
	6.その他 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
診 断 名	1 異常認めず 2 前立腺がん 3 前立腺肥大 4 前立腺炎 5 その他 ↳ ※下段の二重枠内に記入してください ()	
(上記診断に対する) 今後の治療場所 及び治療方針	1 治療場所: 1 当院 2 他院 医療機関名 所在地 2 治療方針: 1 手術療法 2 放射線療法 3 化学療法 4 内分泌療法 5 PSA監視療法 6 その他(無治療/内服加療/他)	

※前立腺がんと診断された場合は下記にご記入下さい

治 療 実 施 医 療 機 関 お よ び 所 在 地	
T N M 分 類	T(X・0・1a・1b・1c・2a・2b・2c・3a・3b・4) ・ N(X・0・1) ・ M(X・0・1)
病 理 組 織	腺癌 その他 () グリソンスコアー +
N C C N リ ス ク 分 類	低リスク ・ 中間リスク ・ 高リスク
治 療 方 法 (複 数 選 択 可)	1. 手術療法 2. 放射線療法 3. 内分泌療法 4. PSA監視療法 5. その他 ()
【備考】	

令和3年5月 作成

③大阪市控

大阪市 前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書

大阪市健康づくり課長あて

令和 年 月 日

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日
氏名			
住所			
一次検診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果(測定試薬名)
	実施機関		_____ ng/ml

精密検査	1 実施した (下記に精密検査を実施した医療機関名称および所在地を記入してください) 【精検受診日】 令和 年 月 日	
	医療機関名 所在地	
	2 実施していない (理由: _____)	
	3 不明 (把握できない)	
検査の種類	1.PSA再検 (令和 年 月 日) ・ 結果(_____ ng/ml) <input type="checkbox"/> 未実施	
	2.直腸診 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
	3.超音波検査 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経腹的 ・ <input type="checkbox"/> 経直腸 <input type="checkbox"/> 未実施	
	4.MRI (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
	5.前立腺生検 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
	6.その他 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施	
診断名	1 異常認めず 2 前立腺がん 3 前立腺肥大 4 前立腺炎 5 その他 ↳ ※下段の二重枠内に記入してください (_____)	
(上記診断に対する) 今後の治療場所及び治療方針	1 治療場所: 1 当院 2 他院 医療機関名 _____ 所在地 _____ 2 治療方針: 1 手術療法 2 放射線療法 3 化学療法 4 内分泌療法 5 PSA監視療法 6 その他(無治療/内服加療/他 _____)	

※前立腺がんと診断された場合は下記にご記入下さい

治療実施医療機関および所在地	
T N M 分類	T(X・0・1a・1b・1c・2a・2b・2c・3a・3b・4) ・ N(X・0・1) ・ M(X・0・1)
病理組織	腺癌 その他 (_____) グリソンスコアー +
N C C N リスク分類	低リスク ・ 中間リスク ・ 高リスク
治療方法(複数選択可)	1. 手術療法 2. 放射線療法 3. 内分泌療法 4. PSA監視療法 5. その他 (_____)
【備考】	

令和3年5月 作成