

同時実施した検診等に○印を付けてください	
特定・胃・肺・大腸	
一部自己負担金	有・無
実施年月日	令和 年 月 日

(堺 市) 前立腺がん検査受診票

実施医療機関名	医療機関コード番号
---------	-----------

この検査は、堺市が実施するものです。検査結果については、堺市の保健センターや医療機関等において健康相談等に活用し、市民の健康増進に役立てるものです。

受診者	住所	〒 堺市 区	生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)
	フリガナ		電話番号	()
	氏名		電話番号	—

【問診】あてはまるところに記入し、又は○印を付けてください。

- この1か月間に次のような症状はありますか。 ① ない ② 残尿感がある ③ トイレの回数が増えた ④ 尿の勢いが弱い
- 前立腺の病気で治療を受けたことがありますか ① ない ② ある (年 月頃:病名)
- 過去3年間に前立腺の検査を受けましたか ① ない ② ある (年 月頃) 検査()
- 血縁で前立腺がんになった方はいますか ① いいえ ② はい (関係 : 祖父 父 兄弟 子)
- 男性型脱毛症や、前立腺肥大症の薬を服用していますか ① ない ② ある 薬()
分かれればお薬の名前も記入してください。
(例えばプロスタール錠、パーセリン錠、アボルブカプセル、ザガーロカプセル、プロペシア錠など)
- 現在、病気で服用している薬はありますか ① ない ② ある 薬()

【検査結果】

※プロスタール錠・パーセリン錠・アボルブカプセル・ザガーロカプセル・プロペシア錠などを服用していますか

PSA値	ng/ml	<input type="checkbox"/> 服用している	<input type="checkbox"/> 服用していない
		PSA値を2倍にして記載し、右記の基準値と比較してください	【基準値】 64歳以下 :3.0 ng / ml以下 65歳~69歳:3.5 ng / ml以下
総合判定	1 異常なし	要精密検査者勧奨結果	
	2 要精密検査	※総合判定が「2 要精密検査」の場合、記入してください。 1 自院で実施 2 他院に紹介 紹介先() 3 精密検査以外(再検査・経過観察等を記入) () 4 検査等を希望せず	

※太枠内は、できるだけ受診者本人がボールペンで強く記入して下さい。

(医療機関保存用)

同時実施した検診等に○印を付けてください

(堺 市) 前立腺がん検査報告書

特定・胃・肺・大腸

一部自己負担金 有 ・ 無

実施医療機関名	医療機関コード番号	実施年月日	令和 年 月 日
---------	-----------	-------	----------

この検査は、堺市が実施するものです。検査結果については、堺市の保健センターや医療機関等において健康相談等に活用し、市民の健康増進に役立てるものです。

受診者	住所	〒 堺市 区	生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)
	フリガナ		電話番号	()
	氏名		電話番号	—

【問診】あてはまるところに記入し、又は○印を付けてください。

- この1か月間に次のような症状はありますか。 ① ない ② 残尿感がある ③ トイレの回数が増えた ④ 尿の勢いが弱い
- 前立腺の病気で治療を受けたことがありますか ① ない ② ある (年 月頃:病名)
- 過去3年間に前立腺の検査を受けましたか ① ない ② ある (年 月頃) 検査()
- 血縁で前立腺がんになった方はいますか ① いいえ ② はい (関係 : 祖父 父 兄弟 子)
- 男性型脱毛症や、前立腺肥大症の薬を服用していますか ① ない ② ある 薬()
分かれればお薬の名前も記入してください。
(例えばプロスタール錠、パーセリン錠、アボルブカプセル、ザガーロカプセル、プロペシア錠など)
- 現在、病気で服用している薬はありますか ① ない ② ある 薬()

整理番号

【検査結果】

※プロスタール錠・パーセリン錠・アボルブカプセル・ザガーロカプセル・プロペシア錠などを服用していますか

PSA値	ng/ml	<input type="checkbox"/> 服用している	<input type="checkbox"/> 服用していない
		PSA値を2倍にして記載し、右記の基準値と比較してください	【基準値】 64歳以下 :3.0 ng / ml以下 65歳~69歳:3.5 ng / ml以下
総合判定	1 異常なし	要精密検査者勧奨結果	
	2 要精密検査	※総合判定が「2 要精密検査」の場合、記入してください。 1 自院で実施 2 他院に紹介 紹介先() 3 精密検査以外(再検査・経過観察等を記入) () 4 検査等を希望せず	

(堺 市 保 存 用)

同時実施した検診等に○印を付けてください

(堺 市) 前立腺がん検査報告書(写)

特定・胃・肺・大腸

一部自己負担金 有 ・ 無

実施医療機関名		医療機関コード番号		実施年月日	令和 年 月 日
---------	--	-----------	--	-------	-------------

この検査は、堺市が実施するものです。検査結果については、堺市の保健センターや医療機関等において健康相談等に活用し、市民の健康増進に役立てるものです。

受診者	住所	〒 - 堺市 区	生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)
	フリガナ		電話番号	() —
	氏名			

【問診】あてはまるところに記入し、又は○印を付けてください。

- この1か月間に次のような症状はありますか。 ① ない ② 残尿感がある ③ トイレの回数が増えた ④ 尿の勢いが弱い
- 前立腺の病気で治療を受けたことがありますか ① ない ② ある (年 月頃:病名)
- 過去3年間に前立腺の検査を受けましたか ① ない ② ある (年 月頃) 検査()
- 血縁で前立腺がんになった方はいますか ① いいえ ② はい (関係 : 祖父 父 兄弟 子)
- 男性型脱毛症や、前立腺肥大症の薬を服用していますか ① ない ② ある 薬()
分かれればお薬の名前も記入してください。
(例えばプロスタール錠、パーセリン錠、アボルブカプセル、ザガーロカプセル、プロペシア錠など)
- 現在、病気で服用している薬はありますか ① ない ② ある 薬()

【検査結果】

※プロスタール錠・パーセリン錠・アボルブカプセル・ザガーロカプセル・プロペシア錠などを服用していますか

PSA値					ng/ml	<input type="checkbox"/> 服用している	<input type="checkbox"/> 服用していない	
						PSA値を2倍にして記載し、右記の基準値と比較してください	【基準値】 64歳以下 :3.0 ng / ml以下 65歳~69歳:3.5 ng / ml以下	
総合判定	1 異常なし						要精密検査者勧奨結果	
	2 要精密検査						※総合判定が「2 要精密検査」の場合、記入してください。 1 自院で実施 2 他院に紹介 紹介先() 3 精密検査以外(再検査・経過観察等を記入) () 4 検査等を希望せず	

(精密検査依頼用)

同時実施した検診等に○印を付けてください

(堺市) 前立腺がん検査結果のご通知

特定・胃・肺・大腸

一部自己負担金

有・無

実施医療機関名		医療機関コード番号		実施年月日	令和 年 月 日
---------	--	-----------	--	-------	-------------

この検査は、堺市が実施するものです。検査結果については、堺市の保健センターや医療機関等において健康相談等に活用し、市民の健康増進に役立てるものです。

受診者	住所	堺市 区	生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)
	フリガナ		電話番号	()
	氏名			—

前立腺がん検査を受診された方へ

1 総合判定が「異常なし」の方

異常は認められませんでしたので、精密検査の必要はありません。

ただし、がん検診に関する検査を受けることで、すべてのがんが発見できるものではありません。

自覚症状や気になることがあれば、かかりつけの医療機関などに相談してください。

2 総合判定が「要精密検査」の方

精密検査を受診してください。

精密検査は保険診療となります。

「健康保険証」「前立腺疾患精密検査の実施について(依頼)」「この結果通知」などをご持参のうえ、受診してください。

【検査結果】

※プロスタール錠・パーセリン錠・アボルブカプセル・ザガーロカプセル・プロベシア錠などを服用していますか

PSA値	ng/ml	<input type="checkbox"/> 服用している	<input type="checkbox"/> 服用していない
		PSA値を2倍にして記載し、右記の基準値と比較してください	【基準値】 64歳以下 :3.0 ng/ml以下 65歳～69歳:3.5 ng/ml以下
総合判定	1 異常なし	要精密検査者勧奨結果	
	2 要精密検査	※総合判定が「2 要精密検査」の場合、記入してください。	
		1 自院で実施	
		2 他院に紹介 紹介先()	
		3 精密検査以外(再検査・経過観察等を記入) ()	
		4 検査等を希望せず	

(受診者通知用)