

## 大阪市前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果報告書

令和 7 年 4 月改訂（令和 7 年 4 月作成）

## 〈大阪市前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果報告書 の使用方法〉

## ●貴院で精密検査を実施される場合

〔①精密検査実施医療機関用〕上段の検診結果等情報に加え、実施いただいた精密検査内容と結果をご記入ください。1 枚目及び 2 枚目は貴院保管、3 枚目は本市へご返送ください。

## ●他院へ精密検査を依頼される場合

〔①精密検査実施医療機関用〕上段の検診結果等情報をご記入のうえ、3 枚とも受診者にお渡しいただき、精密検査受診時に受診先の医療機関に提出するようご説明ください。

貴院へは 2 枚目及び 3 枚目が返送されますので、2 枚目は貴院保管、3 枚目は本市へご返送ください。

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		大・昭								
氏 名		生年月日	年 月 日							
住 所										
一 次 検 診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果 ng/ml							
	実施機関	大阪市の P S A 値判定基準 <table><tr><td>年 齢 階 層</td><td>要 精 検</td></tr><tr><td>50・55・60歳</td><td>3.0ng/mL以上</td></tr><tr><td>65歳</td><td>3.5ng/mL以上</td></tr><tr><td>70歳</td><td>4.0ng/mL以上</td></tr></table>		年 齢 階 層	要 精 検	50・55・60歳	3.0ng/mL以上	65歳	3.5ng/mL以上	70歳
年 齢 階 層	要 精 検									
50・55・60歳	3.0ng/mL以上									
65歳	3.5ng/mL以上									
70歳	4.0ng/mL以上									

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) 【精密検受診日】令和 年 月 日 医療機関名 所在地	
	2 実施していない (理由: ①PSA再検予定 年 月頃 ②その他 ( ) ) ↑大阪市より再照会します	
	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 PSA高値 6 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) ・ 病期(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)
病 理 組 織	腺 癌 その他 ( )
グリソンスコア	グリソンスコア ( ) + ( )
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

精密検査実施機関の長 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		大・昭								
氏 名		生年月日	年 月 日							
住 所										
一 次 検 診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果 ng/ml							
	実施機関	大阪市のP S A値判定基準 <table><tr><td>年 齢 階 層</td><td>要 精 検</td></tr><tr><td>50・55・60歳</td><td>3.0ng/mL以上</td></tr><tr><td>65歳</td><td>3.5ng/mL以上</td></tr><tr><td>70歳</td><td>4.0ng/mL以上</td></tr></table>		年 齢 階 層	要 精 検	50・55・60歳	3.0ng/mL以上	65歳	3.5ng/mL以上	70歳
年 齢 階 層	要 精 検									
50・55・60歳	3.0ng/mL以上									
65歳	3.5ng/mL以上									
70歳	4.0ng/mL以上									

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: ①PSA再検予定 年 月頃 ②その他 ( ) ) ↑ 大阪市より再照会します	
	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 PSA高値 6 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) ・ 病期(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)
病 理 組 織	腺 癌 その他 ( )
グリソンスコア	グリソンスコア ( ) + ( )
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】	

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		大・昭								
氏 名		生年月日	年 月 日							
住 所										
一 次 検 診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果 ng/ml							
	実施機関	大阪市のP S A値判定基準 <table><tr><td>年 齢 階 層</td><td>要 精 検</td></tr><tr><td>50・55・60歳</td><td>3.0ng/mL以上</td></tr><tr><td>65歳</td><td>3.5ng/mL以上</td></tr><tr><td>70歳</td><td>4.0ng/mL以上</td></tr></table>		年 齢 階 層	要 精 検	50・55・60歳	3.0ng/mL以上	65歳	3.5ng/mL以上	70歳
年 齢 階 層	要 精 検									
50・55・60歳	3.0ng/mL以上									
65歳	3.5ng/mL以上									
70歳	4.0ng/mL以上									

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) 【精密受診日】令和 年 月 日 医療機関名 所在地	
	2 実施していない (理由: ①PSA再検予定 年 月頃 ②その他 ( ) ) ↑大阪市より再照会します	
	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 PSA高値 6 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) ・ 病期(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ)
病 理 組 織	腺 癌 その他 ( )
グリソンスコア	グリソンスコア ( ) + ( )
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】	