

大阪市 前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果報告書(案)

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								
名前		生年月日	年 月 日 (歳)							
住 所										
一 次 検 診	検診日	令和 年 月 日	PSA検査結果 (測定試薬名) ng/ml							
	実施機関		大阪市のPSA値判定基準							
			<table><tr><td>年齢階層</td><td>精密検査必要</td></tr><tr><td>50・55・60歳</td><td>3.0 ng/mL以上</td></tr><tr><td>65歳</td><td>3.5 ng/mL以上</td></tr><tr><td>70歳</td><td>4.0 ng/mL以上</td></tr></table>	年齢階層	精密検査必要	50・55・60歳	3.0 ng/mL以上	65歳	3.5 ng/mL以上	70歳
年齢階層			精密検査必要							
50・55・60歳	3.0 ng/mL以上									
65歳	3.5 ng/mL以上									
70歳	4.0 ng/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 ())		
	3 不明 (把握できない) ↑ 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) ☐ 未実施	
		2.直腸診 (令和 年 月 日) ☐ 未実施	
		3.超音波検査 (令和 年 月 日) ☐ 経腹的 ・ ☐ 経直腸 ☐ 未実施	
		4.MRI (令和 年 月 日) ☐ 未実施	
		5.前立腺生検 (令和 年 月 日) ☐ 未実施	
		6.その他 (令和 年 月 日) ☐ 未実施	
	診 断 名	※下段の二重枠内に記入してください 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 ()	
(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	グリソンスコアー () + ()
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】	