

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 4 年 7 月 19 日

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

フリガナ 氏名	[Redacted]	生年月日	大・昭 [Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日
住所	[Redacted]		
一次検査	検診日	令和 4 年 2 月 16 日	PSA検査結果(測定試薬名)
	実施機関	[Redacted]	3.4 ng/ml 50才

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: 基準値内は異常ではない。PSA値は2= follow up!)  
3 不明 (把握できない)

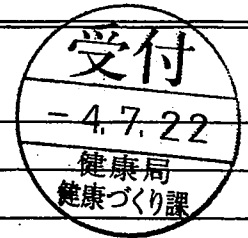
精密検査	検査の種類	1.PSA再検 (令和 年 月 日) ・ 結果( ng/ml) <input type="checkbox"/> 未実施
		2.直腸診 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施
		3.超音波検査 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 経腹的 ・ <input type="checkbox"/> 経直腸 <input type="checkbox"/> 未実施
		4.MRI (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未実施
		5.前立腺生検 (令和 年 月 日) <input 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 [Redacted] 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】			



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 4 年 7 月 7 日

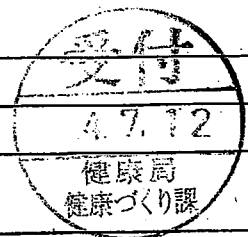
要精密検査者の精密検査結果を報告します。

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 4 年 5 月 19 日	PSA検査結果(測定試薬名)			
	実施機関		3.35 ng/ml 60才			

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: 現時点では必要なし)	
	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 <u>前立腺がん</u> 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】	



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4年7月5日

要精密検査者の精密検査結果を報告します。

フリガナ	氏名	生年月日	大・昭 年 月 日
住所			
一次検診	検診日	令和4年2月9日	PSA検査結果(測定試薬名)
	実施機関		4.1 ng/ml 70才

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: 境界域値のため経過観察再検査予定) 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 <u>前立腺がん</u> 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		受付 4.7.08 健康局 健康づくり課
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 +	
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6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

大阪市健康づくり課長あて

令和 4年 2月 4日

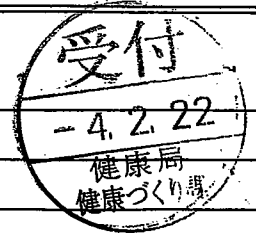
要精密検査者の精密検査結果を報告します。

フリガナ 氏名	[Redacted]	生年月日	大(昭) [Redacted]年 [Redacted]月 [Redacted]日
住所	[Redacted]		
一次 検診	検診日	令和 3年 10月 14日	PSA検査結果(測定試薬名)
	実施機関	[Redacted]	5.171 ng/ml 90才

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 3年 11月 12日		
	医療機関名	[Redacted]	
	所在地	[Redacted]	
	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 3年 11月 12日)・結果(5.05 ng/ml) <input type="checkbox"/> 未実施 (2)直腸診 (令和 3年 11月 12日) <input checked="" type="checkbox"/> 未実施 (3)超音波検査 (令和 3年 11月 12日) <input checked="" type="checkbox"/> 経腹的 <input type="checkbox"/> 経直腸 <input type="checkbox"/> 未実施 (4)MRI (令和 3年 12月 10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】			



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 4年 3月 23日

要精密検査者の精密検査結果を報告します。



フリガナ 氏名	[Redacted]	生年月日	大(昭) [Redacted]年 [Redacted]月 [Redacted]日
住所	[Redacted]		
一次検査	検診日	令和 4年 3月 14日	PSA検査結果(測定試薬名ト-7L PSA Aホ-11) <u>3.621</u> ng/ml 65才
	実施機関	[Redacted]	

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 4年 4月 6日

医療機関名 [Redacted]  
所在地 [Redacted]

2 実施していない (理由) \_\_\_\_\_ )  
3 不明 (把握できない)

精密検査	検査の種類	1.PSA再検 (令和 4年 4月 6日) ・ 結果(3.62 ng/ml) <input type="checkbox"/> 未実施
		2.直腸診 (令和 4年 3月 30日) <input type="checkbox"/> 未実施
		3.超音波検査 (令和 4年 3月 23日) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 未実施
		5.前立腺生検 (令和 年 月 日) <input checked="" 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】	