



川崎市国民健康保険PSA検査申込書・記録票

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

受診年月日	年 月 日	実施機関名	
一部負担金	有		

同時実施  特定健診  がん検診

私は、「PSA検診受診の手引き(抜粋版)」をよく読み、PSA検診の主な利点及び欠点を理解したので、PSA検査の実施を申し込みます。

ふりがな 氏名		被保険者 番号		性別	男	生年 月日	昭和 年 月 日 ( 歳)
住所	川崎市 区			電話			
受診券 整理番号				受診券 有効期限	年 月 日	保険者番号	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 前立腺の病気にかかったことがありますか。 1 いいえ 2 はい ( 年頃、病名: )
2 前立腺の病気で治療を受けたことがありますか。 1 いいえ 2 はい ( 年頃、病名: )
3 今までに前立腺がん検診(PSA検査)を受けたことがありますか。 1 いいえ 2 はい ( 年頃、PSA値: )
4 家族(血縁者)で前立腺がんになった方がいらっしゃいますか。(前立腺がんになった方に印をつけてください。) 1 いいえ 2 はい <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> おじ

受診される方の個人情報を本事業の評価及び保健事業等の目的のために使用させていただく場合があります。

PSA検査値の見方

4. Ong/ml 以下 ⇒ 精密検査不要

4. Ong/ml 超 ⇒ 要精密検査

PSA検査値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ng/ml
結果	1 精密検査不要 2 要精密検査
	医師名
医師のコメント	

検査結果について、説明を受けました。 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので  結果を郵送  医師が本人に電話説明した後、結果を郵送  
備考:

前立腺がん検診票

検診整理番号	自己負担なしの場合
-	老人 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/>

ボールペンで太枠内に記入してください。

フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	検診日	20	年	月	日
氏名					(	歳)						
住所	〒 浜松市 区							職業				
	電話 ( - )											

今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか？	1. 受けたことなし 2. 前年に受けた 3. それ以前に受けた ( 年)	その結果	1. 異常なし 2. 異常あり ( )
--------------------------	---	------	------------------------

最近1ヶ月について	排尿後に残尿感がありますか？	1. ない	2. 時々	3. いつも		
	排尿後2時間以内にまた排尿したことがありますか？	1. ない	2. 時々	3. いつも		
	排尿中に尿が途切れることがありますか？	1. ない	2. 時々	3. いつも		
	排尿をがまんするのがつらいことがありますか？	1. ない	2. 時々	3. いつも		
	尿の勢いが弱いことがありますか？	1. ない	2. 時々	3. いつも		
	排尿の始めにいきむことがありますか？	1. ない	2. 時々	3. いつも		
	床についてから朝までの排尿回数は何回ですか？	1. 0回	2. 1回	3. 2回	4. 3回	5. 4回
今までに前立腺の病気にかかったことがありますか？	1. ない	2. ある ( )				
現在の排尿状況がこのまま続くとしたらどう感じますか？	1. 満足	2. どちらでもない	3. 不満			
家族でがんにかかった方がいますか？	1. ない	2. いる 続柄 ( ) 部位 ( )				

※本検診票は、がん検診精度向上のために市及び医師会にて管理されることとなりますが、本事業以外の目的外使用はいたしません。  
医療機関記入欄

PSA (前立腺特異抗原) 測定値	ng/ml
検診結果	1. 異常なし    2. 要経過観察    3. 要注意    4. 要精検

医療機関名
医師氏名

# 前立腺がん検診申込書

福岡市様式

福岡市保健福祉局

※太枠内をよく読んで申し込みください。

・この検診は、勤務先等で検診を受ける機会がない55歳以上の福岡市民が対象です。  
 ・この検診は、福岡市が指定する期間において1年度中に1回受診できます。  
 今年度、既に受診された方は受診できません。  
 ※対象外の方が受診されますと、全額自己負担となることがあります。  
 ・今回の検診結果は、皆様の健康づくりに活用するため、当機関から実施主体である福岡市に報告し、福岡市では、コンピュータに登録し、今後の保健指導等に活用いたします。  
 ・なお、検診の精度管理・研究のため、統計データとして活用させていただく場合がありますが、個人情報の秘密は厳守いたします。  
 ※上記の内容を確認し、受診申込みします。

ふりがな	<input type="text"/>	性別	年齢	生年月日	
氏名 (署名)	(姓) <input type="text"/> (名) <input type="text"/>	①男・女	才 <input type="text"/>	明治 大正 昭和	年 月 日

住所	<input type="text"/>	丁目	番	号
----	----------------------	----	---	---

電話番号 <input type="text"/>	職業 <input type="text"/>	料金減免
		1. 70才以上等 2. 生活保護 3. 非課税

検診年月日	年 月 日	※採血を行った日付を記入してください。
検査結果	1. 正常値 2. 異常値	PSA検査 <input type="text"/> ng/mL(基準値4.0ng/mL以下)
検診実施機関	医療機関 名称 <input type="text"/> 所在地 福岡市 区 <input type="text"/> 電話番号 <input type="text"/> ( <input type="text"/> )	

(市提出用)

受診対象者 (受診間隔)の確認 1. 健康手帳等で確認 2. 本人に確認
---

前 様式第 6 号

前立腺がん検診精密検査依頼書兼結果通知書

医療機関 御中

平成 年 月 日

市町村長  
(担当 課 係)  
TEL  
検診機関名  
TEL

本書持参の方は、前立腺がん検診 (PSA検査) の結果、精密検査が必要と指示いたしました。前立腺がん検診問診票写しを同封いたしましたので、ご多忙中恐縮に存じますが、ご高診くださいますようお願い申し上げます。

フリガナ 患者名	明 生年月日 大 年 月 日生 昭 ( 歳)
PSA検査 結果	PSA値 _____ ng/ml 測定試薬名 _____ (検診日: 年 月 日)

つきましては、検査結果を下記にご記入の上、この結果通知書をご返送くださるよう併せてお願い申し上げます。

なお、生検が可能な施設に紹介する際には、紹介状の他に必ず本通知書をそのままつけて医療機関に受診するよう御指導ください。

1 診断名及び検査術式

判 定						検 査 術 式					
異常なし	前立腺がん					がんの 疑い	その 他 (※)	P S A	直 腸 診 断	超音波	
	進行がん	局所進展がん	早期がん	病期不明						経腹的	経直腸
	D	C	B0	B1	B2						

※ その他 (病名) \_\_\_\_\_

2 生検の実施 (有・無)

3 指示事項  
 ア 経過観察が必要 (1ヶ月後・3ヶ月後・6ヶ月後・1年後再検査)  
 イ 治療が必要 (ア) 自院で治療  
 (イ) 他の医療機関への受診を指示  
 紹介先医療機関名: \_\_\_\_\_

4 PSAを測定した場合の測定値  
 PSA値 \_\_\_\_\_ ng/ml

5 その他参考事項  
 ( \_\_\_\_\_ )

6 精検受診日 平成 年 月 日 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 医師名 \_\_\_\_\_

豊中市 前立腺がん検診精密検査依頼書 (紹介状) 兼 結果報告書

1  
精密検査医療  
機関保存用

年 月 日

主治医 様

平素は、本市の保健事業にご協力を賜り厚くお礼申し上げます。  
さて、本市の実施する前立腺がん検診におきまして以下の方は、要精密検査の結果となりました。  
つきましては、御高診いただき、精密検査結果が明らかとなりましたら、以下の報告書にご記入の上  
一次検診医療機関へご返送していただきますようお願い申し上げます。  
(精密検査医療機関 → 一次検診医療機関 → 豊中市)

受診者	住所	生年月日	年 月 日
	フリガナ 氏名	電話番号	
一次検診結果	実施日	年 月 日	医療機関名 住 所
	検診結果	血中PSA検査 陽性 ( ng/ml)	

精密検査結果報告書

記入日: 年 月 日

【精検実施年月日】	年 月 日
【精検実施医療機関名】 【担当医師名】	
【検査方法】	1. PSA再検 2. 直腸診 3. エコー 4. 生検 5. その他 ( )
【精密検査結果】	1. 異常なし 2. がん以外の疾患 前立腺肥大 前立腺炎 その他 ( ) 3. 前立腺がんの疑い 最終精検日 年 月 日 経過の詳細 ( ) 4. 前立腺がん *前立腺がんの場合は、以下にご記入ください。
【今後の方針】	1. 一次検診へ 2. 経過観察 (3ヶ月後・6ヶ月後・1年後) 3. 他医療機関紹介 (医療機関名 ) (医師名 ) 4. 要治療 自機関にて治療: 有・無
【精検での偶発症】	1. あり (入院加療を要するもの・死亡) 2. なし

\*前立腺がんと診断された場合は、以下にご記入下さい。

【治療年月日】	年 月 日	【治療機関名】	
【治療法】	1. 外科的切除 2. 放射線治療 3. 内分泌療法 4. PSA監視療法 5. 化学療法		
【PSA値】	ng/ml		
【TNM分類】	TX・T0・T (1a・1b・1c・2a・2b・2c・3a・3b・4) ・N (X・0・1) ・M (X・0・1a・1b・1c)		
【ABCD分類】	A ・ B ・ C ・ D		
【グリーソンスコア】	( 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7 ・ 8 ・ 9 ・ 10 )		
【備考】			

平成 年度 前立腺がん検診結果報告書

前

様式第8号

参考3

新潟県集計表

初診

再診

初診・再診合計

市町村名：

(平成 年3月末日現在)

区分	1	2	3	4	5	精 検						果				精検結果 未把握	備 考		
						対象者	受診者	要精検者	精検受診者	異常なし	進行がん D	局所進展 がん C	前立腺がん					前立腺が んの疑い	その他
													早期がん B1	B0	B2				
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17								

50歳未満	01																
-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

50 - 54歳	02																
55 - 59歳	03																
60 - 64歳	04																
65 - 69歳	05																
70 - 74歳	06																
75 - 79歳	07																
80歳以上	08																
計	09																

※ 40歳未満は別掲