

大阪市前立腺がん検診（PSA検査）

受診のご案内

【必ずお読みください】

この検診は、がんに関する正しい知識の普及とがんの早期発見、早期治療のために市内取扱医療機関の協力を得て、大阪市が実施しているものです。

次の内容を確認し、同意のうえ受診を希望される方は、大阪市前立腺がん検診（PSA検査）申込書・個人票の受診者署名欄にご署名いただき、太線内に必要事項をご記入ください。

《受診資格について》

50歳、55歳、60歳、65歳、70歳の男性大阪市民の方（住民票のある方）が対象です。

検診実施年度（4月1日～翌年3月31日までの間）に上記の年齢に到達する方。

この検診は年度中（4月1日～翌年3月31日まで）に1回の受診です。

次に該当する方は、検診受診できません。

- ① ご加入の医療保険や会社等でPSA検査を受ける機会のある方
- ② 今年度中に同等の検診（自費で受診した検診）を会社や病院で受けた方
- ③ 今年度中に同等の検診を他の自治体で受けた方
- ④ 検診部位の病気等で治療中・経過観察中の方
- ⑤ 自覚症状のある方

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。

PSA監視療法の対象者は検診から外す？

受診前の説明としてどの程度掲載するのが妥当か？

《前立腺がん検診を受ける前に》

- この検診は血液検査により前立腺特異抗原（PSA）の値を調べることにより、前立腺がんの可能性があるかどうかを判定する検査です。
- 結果の通知方法については、受診した医療機関にお問い合わせください。
- 年齢が50歳以上になると、前立腺がんにかかる可能性が高くなります。
- PSA検査による前立腺がん検診では、受けた人の約8%の方に精密検査が必要という判定となります。精密検査では、PSA検査の再検査、直腸診、超音波検査、MRIなどを行い、がんが強く疑われる場合には、確定診断のために前立腺生検が必要です。
- 検診では、がんでないのに「要精密検査」と判定される場合や、がんがあるのに見つけられない場合もあります。

《効果的な検診を行うための取り組みについて》

- 検診に関する個人情報、大阪市個人情報保護条例に基づき取扱います。
- 検診は大阪市と各医療機関が連携して行っています。大阪市が行うがん検診では、検診の精度管理のため、精密検査が必要になった方の検査結果や治療の受診状況などを大阪市と検診実施機関、精密検査実施機関で共有します。精密検査の受診状況についてご本人及び各医療機関に市からご連絡させていただくことがあります。
- 検診に関する個人情報を当該個人への受診啓発や勧奨に使用することがあります。
- 検診の結果等は、個人を特定できないデータとして年度ごとに集計を行い、次年度以降の検診をより効果的なものにするための検討資料や啓発のための基礎情報として活用させていただきます。

この用紙には、大切な事項が書かれていますので、必ず持ち帰って保管してください。

大阪市前立腺がん検診(P S A検査)申込書・個人票 (医療機関実施)

「受診のご案内」を確認し、同意のうえ、申し込みます。			受診日	年	月	日
フリガナ		1 明・2 大	医療機関コード (右詰めで記入)			
受診者署名 (氏 名)		3 昭和 年 日 生	医療機関名称・所在地	〒		
住 所	〒 大阪市					
	(☑自宅 —)			☑		
	(☑携帯 —)					
健康保険証の種別	1:国民健康保険, 2:協会けんぽ(全国健康保険協会), 3:共済, 4:船員保険, 5:高齢受給, 6:無保険, 7:その他 ()					

次の質問事項のあてはまる番号に○印、または () 内に記入してください。

1 過去に前立腺がん検診 (P S A検査) を受けたことがありますか？
 (1) ない
 (2) ある (年 月頃)
 P S A検査結果を覚えている方は記入してください。(P S A値 : _____ ng/ml)

2 血縁者で前立腺がんになった方はいますか？
 (1) ない
 (2) ある (1:祖父 2:父 3:兄弟)

治療中の者は除外でよいか？
 服用状況必要か？
 この他、要/不要ある？

3 現在、服用している薬はありますか？
 (1) ない
 (2) ある (薬剤名 _____)

4 前立腺の病気で治療を受けていますか？
 (1) 受けていない
 (2) 受けている

結果記載内容についてご意見
 いただく

前立腺がん検診 (P S A検査) の結果について

今回のあなたの P S A値 _____ ng/mL

1. 精密検査不要

今回の検診 (P S A検査) では、精密検査の必要を認めませんでした。

今後は5年後に再度 P S A検査を受けてください。
 ただし、排尿の状況に変化があるなどの症状がある場合は、すみやかに泌尿器科
 専門医を受診してください。

2. 精密検査が必要

今回の検診 (P S A検査) の結果、精密検査を受ける必要があると判定さ
 れました。
 泌尿器科専門医を受診のうえ、必要な精密検査を受け、病気の有無を確か
 めてください。

費用区分 1. 有料 2. 無料 (1 高齢受給 2 生活保護 3 市民税非課税)

※無料の場合は内訳も記入してください。

大阪市前立腺がん検診(P S A検査)申込書・個人票 (医療機関実施)

「受診のご案内」を確認し、同意のうえ、申し込みます。			受診日	年	月	日
フリガナ		1 明・2 大	医療機関コード (右詰めで記入)			
受診者署名 (氏 名)		3 昭和 年 日 生	医療機関名称・所在地	〒		
住 所	〒 大阪市					
	(☑自宅 —)			☑		
	(☑携帯 —)					
健康保険証の種別	1:国民健康保険, 2:協会けんぽ(全国健康保険協会), 3:共済, 4:船員保険, 5:高齢受給, 6:無保険, 7:その他 ()					

次の質問事項のあてはまる番号に○印、または () 内に記入してください。

1	これまでに前立腺がん検診 (P S A検査) を受けたことがありますか? (3) ない (4) ある (年 月頃) P S A検査結果を覚えている方は記入してください。(P S A値 : _____ ng/ml)
2	血縁者で前立腺がんになった方はいますか? (3) ない (4) ある (1:祖父 2:父 3:兄弟)
3	現在、服用している薬はありますか? (3) ない (4) ある (薬剤名 _____)
4	前立腺の病気で治療を受けていますか? (3) 受けていない (4) 受けている

前立腺がん検診 (P S A検査) の結果について

今回のあなたの P S A値 _____ ng/mL

1. 精密検査不要	今回の検診 (P S A検査) では、精密検査の必要を認めませんでした。 今後は5年後に再度 P S A検査を受けてください。 ただし、排尿の状況に変化があるなどの症状がある場合は、すみやかに泌尿器科専門医を受診してください。
2. 精密検査が必要	今回の検診 (P S A検査) の結果、精密検査を受ける必要があると判定されました。 泌尿器科専門医を受診のうえ、必要な精密検査を受け、病気の有無を確かめてください。

費用区分 2. 有料 2. 無料 (1 高齢受給 2 生活保護 3 市民税非課税)

※無料の場合は内訳も記入してください。

大阪市前立腺がん検診(PSA検査)申込書・個人票 (医療機関実施)

フリガナ		1 明・2 大 3 昭和 年 日 生	受診日	年	月	日
受診者署名 (氏 名)			医療機関コード (右詰めで記入)			
住 所		〒 大阪市 (☎自宅 —) (☎携帯 —)	医療機関名称・所在地			
			〒 ☎			

☆☆☆がん検診のおしらせ☆☆☆

今回、あなたが受けられた大腸がん検診は、大阪市が取扱医療機関に委託しているものです。大阪市では、大腸がん検診のほか、胃がん・肺がん・子宮頸がん・乳がん検診を保健福祉センターや大阪市取扱医療機関で実施しています。詳しくは、お住まいの区の保健福祉センターまでお問い合わせください。

前立腺がん Q&A

例

Q 前立腺肥大症が悪性化して前立腺がんになりますか？

A なりません。前立腺肥大症と前立腺がんは、発生の仕方も違いますし、発生する部位も違うことが多いのです。しかし、排尿障害など似た症状が現れることがあり、症状だけでは肥大症かがんかを区別することは出来ませんので、「これは前立腺肥大症だ」と決め付けず、自覚症状があったら早目に泌尿器科（近くに泌尿器科がない場合は内科にご相談下さい）を受診することをお勧めします。

前立腺がん検診 (PSA検査) の結果について	
今回のあなたのPSA値 ng/mL	
1. 精密検査不要	<p>今回の検診 (PSA検査) では、精密検査の必要を認めませんでした。</p> <p>今後は、5年後に再度PSA検査を受けてください。 ただし、排尿の状況に変化があるなどの症状がある場合は、すみやかに泌尿器科専門医を受診してください。</p>
2. 精密検査が必要	<p>今回の検診 (PSA検査) の結果、精密検査を受ける必要があると判定されました。</p> <p>泌尿器科専門医を受診のうえ、必要な精密検査を受け、病気の有無を確かめてください。</p>

★大阪市では効果的で精度の高い検診体制維持のため、ご本人及び受診医療機関に検診や精密検査の受診状況や結果を問い合わせることがあります。