

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
氏名
住所
一次検診
検診日
実施機関
PSA検査結果(測定試薬名)
ng/ml

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
内容網羅できているか?
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 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.前立腺生検 (令和 年 月 日) □未実施
5.MRI (令和 年 月 日) □未実施
6.その他 (令和 年 月 日) □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
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()

※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
この内容で評価できるか?
T N M 分類 TX・T0・T (1a・1b・1c・2a・2b・2c・3a・3b・4) ・ N(X・0・1) ・ M(X・0・1a・1b・1C)
Gleason スコア 2・3・4・5・6・7・8・9・10
A B C D 分類 病期A ・ 病期B ・ 病期C ・ 病期D
治療方法
【備考】 治療方法は要? 類型は?