

# 健康检查问诊票 (前列腺癌检查)

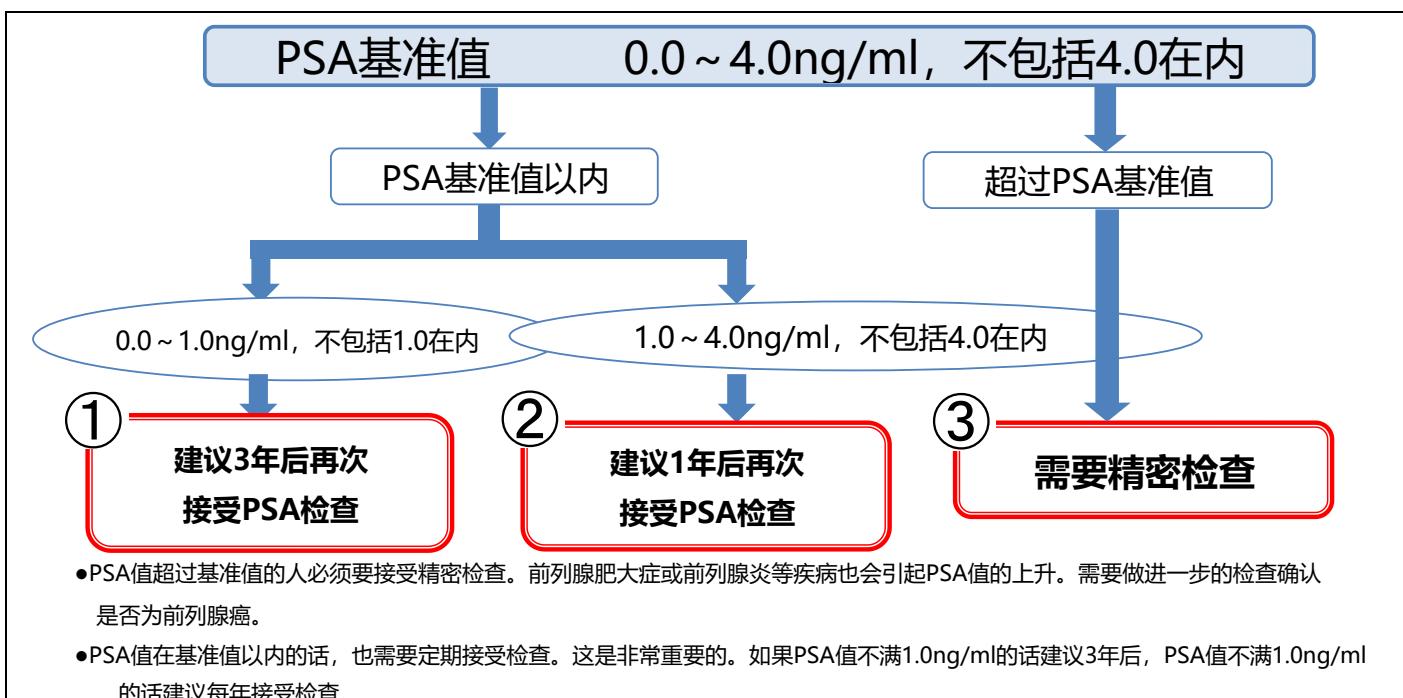
元気すこやか健診受診票 (前立腺がん検診)

问诊年月日	住址 东广岛市		TEL
医疗机构名称	平假名		本年度3月底时的年龄
姓名			岁
医生姓名	医疗机构 填写栏	受诊券确认	东广岛市国民健康保险加入
		有 · 无	有 · 无

※请填写粗框中的内容。

问 诊 者 填 写 栏	1. 现在如有正在治疗的疾病, 请填写在左栏。 ( )		
	2. 请就最近的身体状况, 在该当号码上画圈。 ① 没有食欲 ② 体重降了 ( kg ) ③ 其他 ( )		
	3. 请在以前曾经患过的疾病名称上画圈。 ① 肺炎 ② 慢性支气管炎 ③ 哮喘 ④ 胸膜炎 (肋膜炎) ⑤ 肺结核 ⑥ 胸部手术 ( 岁 ) ⑦ 心脏病 ⑧ 肠胃病 ( ) ⑨ 肠胃手术 ( 岁 ) ⑩ 肠梗阻 ⑪ 前列腺肥大症 ⑫ 绿内障 ⑬ 药物过敏 (药名: )		
	4. 近亲 (父母·孩子·兄弟姐妹) 中有被诊断为前列腺癌的人吗? 有 · 没有		
	5. 以前有接受过前列腺癌或前列腺肥大症的治疗吗? 有 · 没有		
	现在有在服药吗? 有 (药名) ) · 没有		
	6. 现在有以下的症状吗? 如果有的话, 请在该当号码上画圈。 ① 排尿困难 ⑤ 突然感到有尿意 ② 排尿后有残尿感 ⑥ 尿里有血 ③ 排尿次数多 ⑦ 下腹部感觉不舒服 ④ 晚上要起来好几次小便 ⑧ 腰疼、下肢疼		

医生填写栏	PSA值 ng/ml (小数点后第2位四舍五入)	判定	① 基准值以内 (0.0 ~ 1.0ng/ml, 不包括1.0在内) ② 基准值以内 (1.0 ~ 4.0ng/ml, 不包括4.0在内) ③ 要精密检查 (4.0ng/ml以上)
-------	-----------------------------	----	--



精密 确认 栏	<input type="checkbox"/> 精密检查实施完毕 <input type="checkbox"/> 预定实施精密检查 <input type="checkbox"/> 介绍其他医院 (开介绍信) ↳ 精密检查结果通知, 医疗机构请务必返送回市政府。
---------------	--