

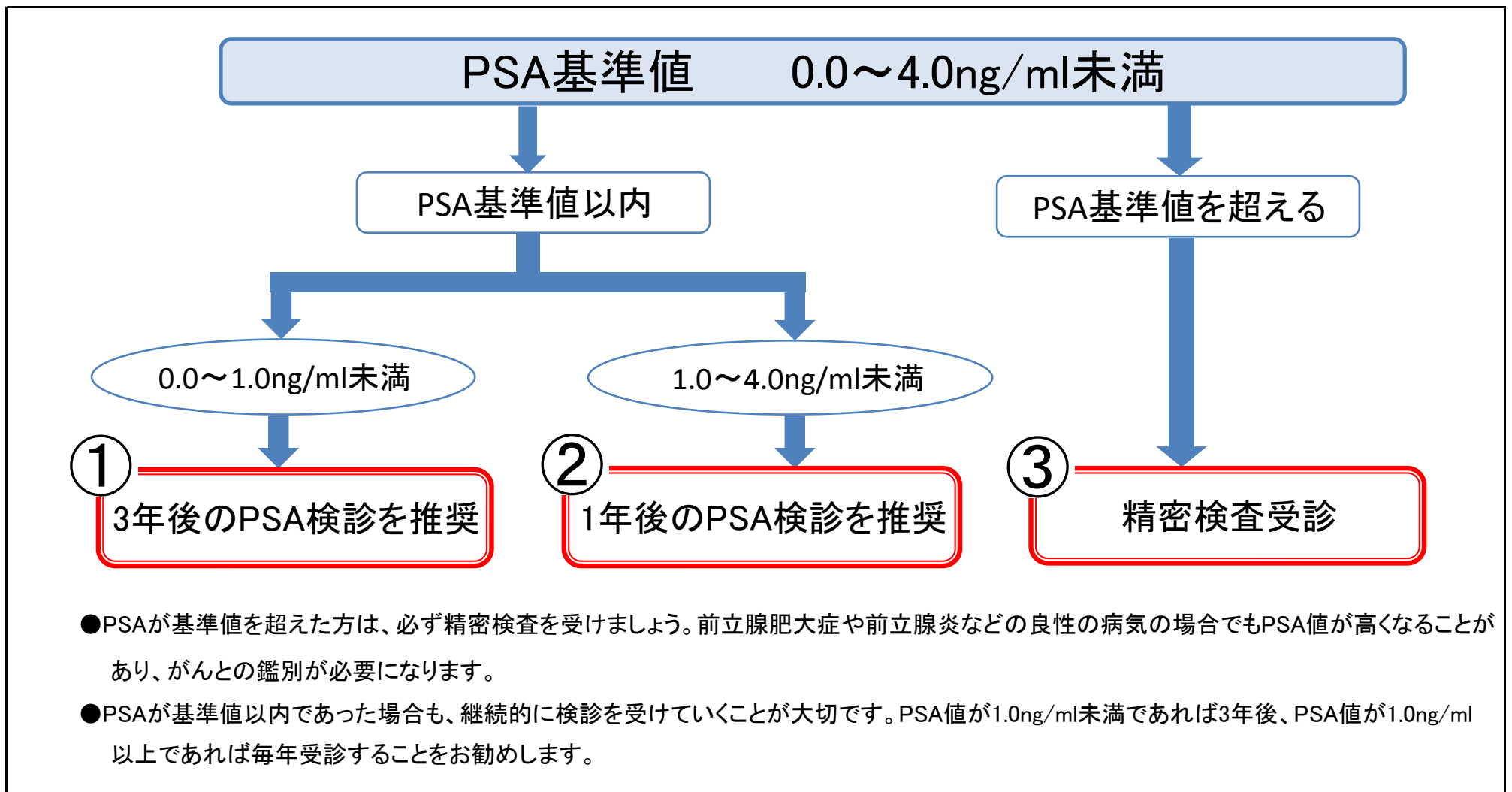
元気すこやか健診受診票(前立腺がん検診)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	-	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭	
医師名	氏名	歳	年	月 日生
	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書	有・無

※太枠の中をご記入下さい。

受診者記入欄	1. 現在治療中の病気があれば記入してください。()
	2. 最近の体調で気になる項目に○をつけてください。 ① 食欲がない ② 体重が減った(kg) ③ その他()
	3. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。 ① 肺炎 ② 慢性気管支炎 ③ ぜんそく ④ 胸膜炎(肋膜炎) ⑤ 肺結核 ⑥ 胸部の手術(歳) ⑦ 心臓病 ⑧ 胃腸の病気() ⑨ 胃腸の手術(歳) ⑩ イレウス(腸閉塞) ⑪ 前立腺肥大症 ⑫ 緑内障 ⑬ 薬に対するアレルギー(薬剤名:)
	4. 近親者(親・子・兄弟)に前立腺がんと診断された人はいますか。 はい・ いいえ
	5. これまでに前立腺がんまたは前立腺肥大症の治療をされたことがありますか。 ある・なし ↳ 現在治療のために薬を飲んでいますか。 はい(薬剤名)・ いいえ
	6. 現在次のような症状がありますか。あてはまるものに○をつけてください。 ① 尿が出にくい ⑤ 急に尿意をもよおす ② 排尿後も尿が残っている感じがする ⑥ 尿に血が混じる ③ 尿の回数が多い ⑦ 下腹部に不快感がある ④ 夜中に何度もトイレに行く ⑧ 腰痛や下肢痛がある

医師記入欄	PSA値	ng/ml	判定
	(小数点第2位四捨五入)		



精密検査確認欄	<input type="checkbox"/> 精密検査実施済 <input type="checkbox"/> 精密検査実施予定 <input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介状発行)
	↳ 日付(/) 検査方法() 結果() 判定(放置可 経過観察 要治療)