

健康检查问诊票（前列腺癌检查）

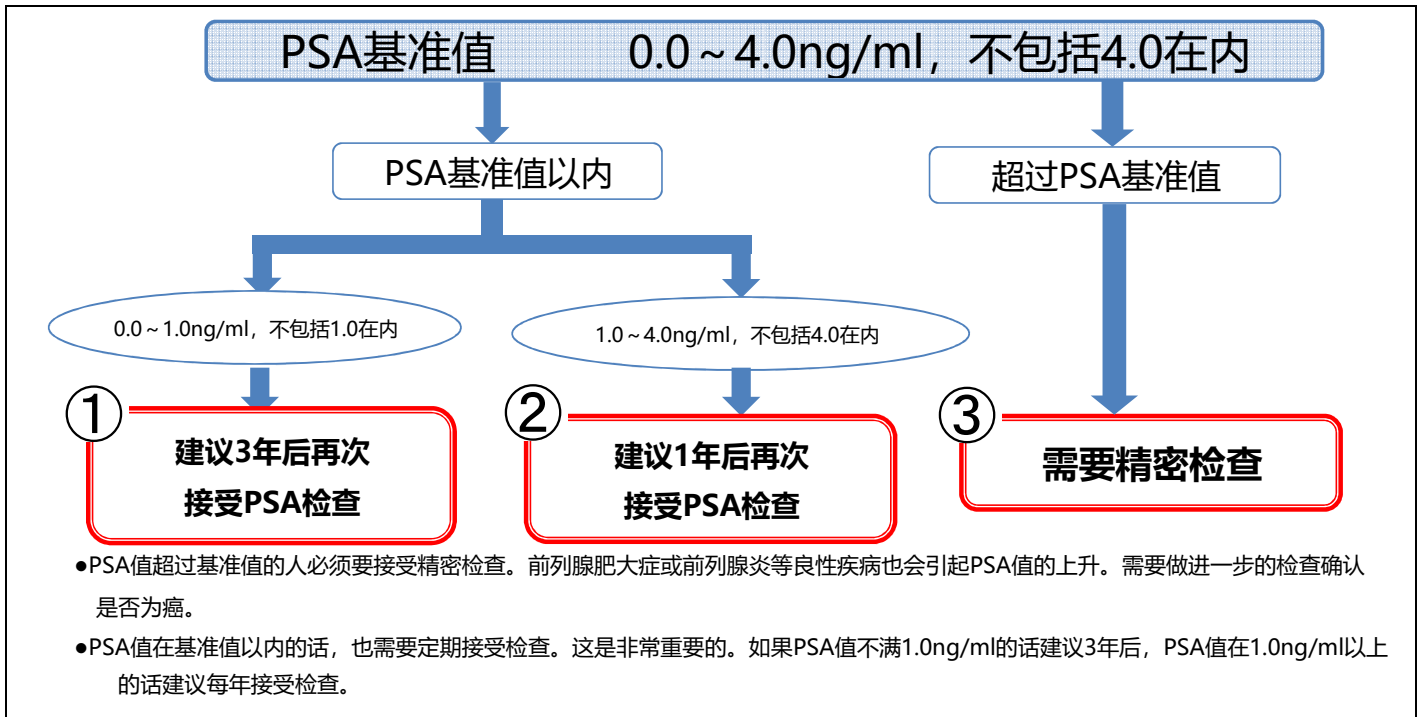
元気すこやか健診受診票（前立腺がん検診）

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	年 月 日生	
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，请填写在右栏。（ ）
	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 <small>（小数点后第2位四舍五入）</small>	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）
-------	---	----	---



精密检查确认栏	<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） <input checked="" type="checkbox"/> 精密检查结果通知，医疗机构请务必返回市政府。
---------	---

（ 医疗机构 → 东广岛市 ）