

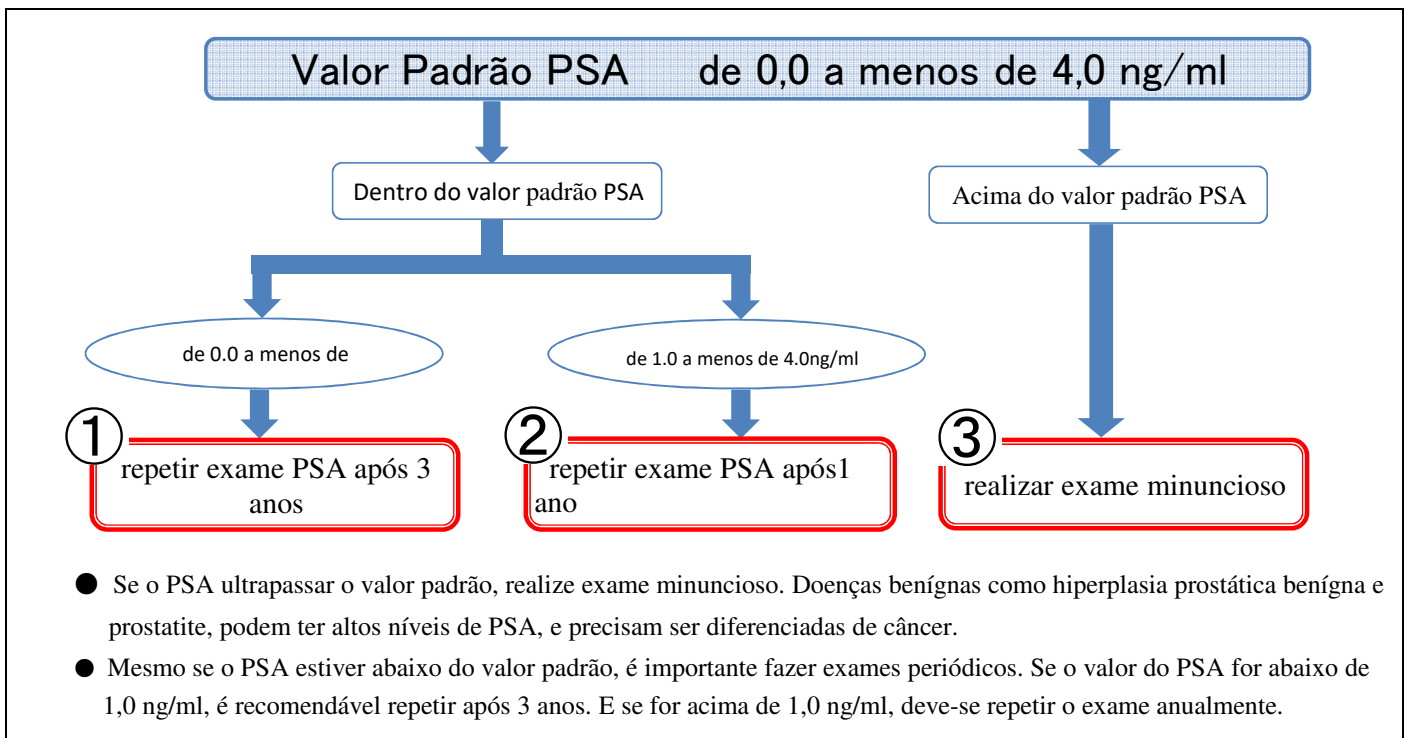
Questionário médico para exame de saúde (exame para Câncer de Próstata)

Data do exame	Endereço: Higashiroshima-shi	TEL - -	
Nome hospital	Furigana	idade completa	T · S
Nome médico	Nome	anos	data de nascimento ano mês dia
carimbo	Número do bilhete	Espaço para o médico preencher	Certificado Gratuito Sim · Não

※Preencher apenas os espaços mais escuros

P r e e n c h a	1. Preencha caso esteja fazendo tratamento de alguma doença: ()
	2. Marque caso tenha sintomas recente? ① falta de apetite ② perda de peso (kgs) ③ outros ()
	3. Circule doenças que já teve até o momento: ① pneumonia ② bronquite crônica ③ asma ④ pleurismo (pleurise) ⑤ tuberculose pulmonar ⑥ cirurgia torácica () ⑦ doença cardíaca ⑧ distúrbios gastrointestinais () ⑨ cirurgia gastrointestinal (com ____ anos) ⑩ íleo (obstrução) ⑪ hiperplasia prostática benígna ⑫ glaucoma ⑬ alergia a medicamentos: (nome do medicamento:)
	4. Sobre parentes próximos (pai · filhos · irmãos). Alguém já foi diagnosticado de câncer de próstata? Sim · Não
	5. Até o momento, você já realizou tratamento para câncer de próstata ou para hiperplasia prostática benígna? Sim · Não ↳ Está tomando algum medicamento atualmente? Sim (nome do medicamento:) · Não
	6. Atualmente, tem algum dos sintomas citados abaixo? Circule: ① dificuldade ao urinar ⑤ vontade de urinar repentina ② sinto que sobrou urina após urinar ⑥ sangue misturado na urina ③ aumento na quantidade de vezes ⑦ desconforto na parte baixa do abdomen ④ urino várias vezes durante a madrugada ⑧ tem dores nas costas ou nas pernas

m é d i c o	PSA ng/ml	c r i t é r i o
	(arredondado para a primeira casa decimal)	



<input type="checkbox"/> Exame minunciososo realizado <input type="checkbox"/> Exame agendado <input type="checkbox"/> apresentado para outro hospital	data (/) método do exame () resultado (não é necessário acompanhamento · necessário acompanhamento · necessário tratamento)
--	---