令和7年度　前立腺がん検診　問診票

浅口市

受 診 日

受付番号

５月下旬に送付の
令和７年度各種がん検診受診券
を必ず一緒にお持ちください
《各種がん検診受診券　貼付欄》

対象者：50歳以上男性
（前立腺の病気で、1年以内に治療を受けたことがない方）

受診料：800円

下記太枠内を記入してください

フリガナ 氏　　名		電話番号	（　　－　　－　　） ※日中連絡の取れる番号を記入してください

■今年度、市が実施する前立腺がん検診をはじめて受診しますか
（年度内に二重受診した場合には、費用は全額自己負担となります）
1．はい　　2．いいえ　→受診できません

■前立腺の病気で、最近（1年以内）に治療を受けましたか
1．受けていない
2．受けた（病名：　　）
3．治療中（病名：　　）
→問診の結果受診できない場合があります

■今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか
1．ない　2．ある（西暦　　年　　月頃）

―医師記入欄―

ＰＳＡ検査結果	
PSA値	ng/mL
判　定	1．異常なし　　2．要精検（4．001ng/mL以上）
実施医療機関名 担当医	

問い合わせ先：健康こども福祉課（浅口市健康福祉センター内）℡　0865－44－7114