

令和8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8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：700円

下記太枠内を記入してください

フリガナ		電話番号	— —
氏名		※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)			

* 検診結果が「要精検」となった場合には、精密検査を必ず受けてください。

* がん検診の精度管理のため、精密検査の結果は市へ報告されます。

—医師記入欄—

P S A 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） TEL 0865-44-7114