

# PSA 検診 問診表

検診日 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

かな		生年月日	明治			
氏名			大正	年	月	日
住所	〒 _____ - _____	日中連絡先	電話番号			
		○・×	(自宅)	-	-	
		○・×	(携帯)	-	-	
結果	本日 受け取り ・ 自宅へ郵送					

1. 過去にPSA検査を受けたことはありますか？

- ① ある 平成 \_\_\_\_\_ 年 PSA値 \_\_\_\_\_ 判定 \_\_\_\_\_ ・ 覚えていない  
② ない

2. 前立腺の病気で、1年以内に治療は受けましたか？

- ① 受けた 病名 ( \_\_\_\_\_ ) 治療中ですか？ はい ・ いいえ  
② 受けていない

3. 近親者に前立腺がんと診断を受けた方はおりますか？

- ① いる 病名 ( \_\_\_\_\_ ) ご関係 ( \_\_\_\_\_ )  
② いない

4. 背中・腰・太ももの骨が痛むことはありますか？

- ① ある  
② ない

5. 現在、服用しているお薬はありますか？

- ① ある 薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )  
② ない

6. 尿が出づらいなど、気になる症状はありますか？

- ① ある 症状 ( \_\_\_\_\_ )  
② ない

7. 1年後の検診のご案内をお送りしてもよろしいですか？

- ① はい  
② いいえ

8. 泌尿器科で気になる事があれば、ご自由にお書きください。