

PSA 検診 問診票

検診日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

かな		生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
氏名						
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. 以前に前立腺の病気で、治療を受けた事がありますか？

- ① 受けた いつ (_____) 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を診断を受けた方はおられますか？

- 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。

--