

前立腺がん検診受診票

市町村名	山陽小野田市	ID		検診日	年	月	日
カナ		住所	〒 山陽小野田市				
氏名							
生年月日		性別		年齢		TEL	

※ 太枠内は各自で記入してください。

① 1日の尿の回数は何回ですか？ () 回

② 夜間尿(睡眠時)の回数は何回ですか？ () 回

③ 排尿時に気になる症状がありますか？

1. ある：排尿痛・残尿感・尿の勢いがない・尿の切れが悪い・その他()

2. ない

④ 今までに前立腺がん検診を受けたことがありますか？

1. ある：()歳頃 PSA値：()

2. ない

⑤ 家族(血縁者)で前立腺がんになった方はいらっしゃいますか？

1. いる：父・兄・弟・祖父

2. いない

⑥ 前立腺の病気にかかったことはありますか？

1. ある：()歳頃 病名：()

2. ない