

(別紙・前立1)

上尾市前立腺がん検診精密検査結果連絡票

フリガナ		一次検診受診番号	
氏名		一次検診受診日	令和 年 月 日
住所	上尾市	生年月日	大・昭 年 月 日

※ □欄には、レ点を記入してください。

精密検査日	令和 年 月 日
検査方法	<input type="checkbox"/> 直腸診 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> CT、骨シンチグラム <input type="checkbox"/> 膀胱鏡検査 <input type="checkbox"/> 超音波 <input type="checkbox"/> 尿細胞診 <input type="checkbox"/> 画像診断(CT、MRI) <input type="checkbox"/> その他 ()
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 前立腺がんの疑い <input type="checkbox"/> 前立腺がん <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他の疾患 尿道炎 その他のがん(疑念) ()
指示区分	<input type="checkbox"/> 医療不要 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 他医療機関に紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()
医療機関	名称 所在地 医師名 電話