

※太枠内を必ず記入してください。

検診日 年 月 日

住所	赤磐市						
フリガナ 氏名						性別	男
生年月日	大・昭	年齢	歳				
	年 月 日		(平成31年3月31日時点の年齢)				
電話番号	-	あなたの 番号					

1. 現在、前立腺の疾患で受診されていますか。	いいえ ・ はい (年) (病名)
2. 前立腺の手術を受けたことがありますか。	いいえ ・ はい

<前立腺がん検診についての注意事項>

- 前立腺の疾患で医療機関を受診中の場合は、かかりつけの医療機関とご相談のうえ、検診を受診してください。