

赤磐市前立腺がん検診 検診票 [集団検診用]

*太枠内を必ず記入してください。

受診日:令和 年 月 日 No. _____

住所	赤磐市
フリガナ	
名前	性別:男
生年月日	昭和 年 月 日(歳) (令和5年3月31日時点年齢)
電話番号	
あなたの番号	

1. 令和4年4月から本日までに、前立腺がん検診を受診しましたか。	いいえ・はい 「はい」の場合は、受診できません。 検診受診は年度内に1回のみです。
2. 現在、前立腺の疾患で治療中または経過観察中ですか。	いいえ・はい 「はい」の場合は、受診できません。 かかりつけ医で検査してください。
3. 前立腺の手術を受けたことがありますか。	いいえ・はい

対象年齢および自己負担金

対象年齢 50～69歳 (令和5年3月31日時点)	自己負担金
昭和28年4月1日～昭和48年3月31日	700円