

# 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6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	年齢（ 歳） ※令和7年3月31日時点の年齢
電話番号：	— —
あなたの番号	

1. 令和6年4月から本日までに、前立腺がん検診をしましたか。	いいえ・はい <u>「はい」の場合は、受診できません。</u> 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 <u>「はい」の場合は、受診できません。</u> 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7年3月31日時点）	自己負担金
昭和30年4月1日生～昭和50年3月31日生	700円