**前立腺ドック問診票**受診予定日 　 　　年　　　月　　　日

氏名　　　　　　　　　　　　　　 年齢　　　歳　身長　　　　　cm　体重　　　　　kg

**前立腺ドック受診のため、以下の問の該当項目に○をつけ、　　　に必要事項をご記入ください。**

1. 　前立腺の検査や治療を受けたことがありますか？

　　ない　　　　ある

1 受けた医療機関の名称

2 検査・治療の内容について

PSA検査（腫瘍マーカー）　前立腺超音波検査　触診　治療（　　　　　　　　　　）

3 最後にPSA検査を受けたのはいつ頃ですか？　　　　　年　　　月頃

2. 現在、病気で他の医師または病院にかかっていますか？

　　かかっていない　　　かかっている

病名 　　　 　　　　　 病院名

3. 今までに、手術を受けたことがありますか？

ない　　　　　ある

　　　　　歳　手術名

　　　　　歳　手術名

4. 飲酒について　　　飲まない　　　時々飲む　　　毎日飲む

5. 喫煙について

吸わない　　　吸う（１日　　本）　　　　以前吸っていた（１日　　本　　年間）

6. あなたの血縁者（父母、子、祖父母、兄弟姉妹）で「がん」にかかった人はいますか？

　　いない　　　　いる

①続柄 　　　　　　　　　　 歳の時　　　　　 　　　 がん

②続柄 　　　　　　　　　　 歳の時　　　　　 　　　 がん

③続柄 　　　　　　　　　　 歳の時　　　　　 　　　 がん

7. あなたの排尿症状について質問表の該当の点数に〇をつけてください。

