

膀胱がん検診 問診票

フリガナ			
お名前		(男・女)	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日(歳)
住所	〒		
電話番号			
(当院からご連絡させていただくことがありますので繋がりやすい番号を記載してください)			

①目で見てわかる血尿が出たことがありますか？ → ある ない

②①で「ある」とお答えになった方へお伺いします。それはいつ頃ですか？

→()

③タバコは吸いますか？もしくは以前吸っていましたか？ → はい いいえ

④③で「はい」とお答えになった方にお伺いします。

…いつからいつまで吸っていますか(いましたか)？ → 歳から× 年間

⑤ご職業についてお伺いします。

以下の職種で働いていますか？もしくは働いていたことはありますか？

染料工場 化学工場 顔料とペンキ製造業 ケーブル製造業 革加工工場

コールタール産業

いずれも該当せず

⑥他の病気の治療で骨盤あたりに放射線照射をしたことがある → ある ない

⑦【前立腺がん検診】をお受けになる方にお伺いします。

…血のつながった家族に「前立腺癌」と診断された方はいらっしゃいますか？

→はい いいえ

…その方との血縁関係教えてください → 祖父 父 兄弟 息子 (その他:)

※結果を郵送希望の方は○をしてください。 → 希望します ・ しません