

岡山市健康増進事業等実施要領

目 次

第1	はじめに	1
第2	共通的事項	2
第3	健康手帳の配布	3
第4	健康教育	4
第5	健康相談	7
第6	健康診査	9
1	総 論	9
2	後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診	14
3	胃がん検診	16
4	子宮がん検診	20
5	乳がん検診	23
6	肺がん検診	26
7	大腸がん検診	30
8	歯周病検診	33
9	口腔機能健診	35
第7	訪問指導	37
第8	訪問指導員の家庭訪問	39
第9	地域支援事業との連携	40
第10	健康づくりの推進	41
【参考資料】		
[参考資料 1]	「詳細な健診」項目の選定について	43
[参考資料 2]	特定健康診査及び特定保健指導の実施について	44
[参考資料 3]	健康診査判定基準	47
[参考資料 4]	ベセスダシステム 2001 に準拠した子宮頸部細胞診報告様式	51
[参考資料 5]	マンモグラフィ判定（カテゴリー分類）	52
[参考資料 6]	岡山県の肺がん検診における胸部 X 線検査の判定基準と指導区分	53
[参考資料 7]	かく痰の採取法	54
[参考資料 8]	集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分	55
[参考資料 9]	喀痰細胞診における扁平上皮化生細胞の判定基準	56
[参考資料 10]	日本消化器がん検診学会「胃 X 線検診のための読影区分」（カテゴリー分類）	57
[参考資料 11]	がん精密検診を行う医療機関の基準	58
【様式集】		
	岡山市健康診査無料券	61
	岡山市健康診査 事故・偶発症報告書	62
	精密検診依頼書用封筒	63
	健康診査票（生活保護等受給者用）	64
	後期高齢者健康診査票	67

生保 75 歳以上健康診査票（生活保護等受給者用）	7 0
胃がん（X線）検診票	7 3
胃がん（内視鏡）検診票	7 6
【集団検診】岡山市胃がん検診（胃部エックス線検査）結果通知書	7 9
胃がん精密検診依頼書	8 0
胃内視鏡検査協力機関届	8 3
胃内視鏡検査実績報告書	8 4
胃内視鏡検査協力機関変更届	8 5
胃内視鏡検査協力機関辞退届	8 6
子宮がん検診票	8 7
子宮がん精密検診依頼書	8 9
乳がん検診票	9 2
【他院撮影】マンモグラフィ撮影券	9 5
乳がん検診マンモグラフィ撮影機関届	9 7
乳がん検診マンモグラフィ撮影機関辞退届	9 9
乳がん精密検診依頼書	1 0 0
【集団検診】結核・肺がん検診票	1 0 3
肺がん検診票	1 0 5
【集団検診】喀痰検査結果通知書	1 0 7
肺がん精密検診依頼書	1 0 8
【集団検診】結核・肺がん検診（胸部エックス線検査）結果通知書	1 1 1
【集団検診】結核・肺がん検診実施計画書	1 1 2
大腸がん検診票	1 1 3
大腸がん精密検診依頼書	1 1 5
健診票送付書	1 1 8
歯周病検診票	1 1 9
口腔機能健診票	1 2 0
訪問指導実施記録	1 2 1
訪問指導実施記録（経過表）	1 2 2
訪問指導実施記録（医師連絡票）	1 2 3
訪問指導員証	1 2 4

岡山市健康増進事業等実施要領

第1 はじめに

この要領は、健康増進法第17条第1項及び第19条の2に基づく事業であって、「健康増進事業実施要領（平成20年3月31日健発第0331026号厚生労働省健康局長通知）」及び「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」等の厚生労働省、岡山県が定める健康増進関係の諸通知を踏まえて、岡山市の実態に応じて策定したものです。

- (1) 昭和58年2月1日制定（第1次5か年計画による）
- (2) 昭和63年4月1日改正（第2次5か年計画による）
- (3) 平成5年4月1日改正（第3次8か年計画による）
- (4) 平成6年4月1日改正（保健所政令市移行による）
- (5) 平成7年4月1日改正（検診票の様式変更による）
- (6) 平成9年4月1日改正（保健事業実施要領の一部改正による）
- (7) 平成13年4月1日改正（第4次5か年計画、健診票の様式変更による）
- (8) 平成15年4月1日改正（保健事業実施要領の一部改正による）
- (9) 平成16年4月1日改正（乳がん検診の変更等による）
- (10) 平成17年4月1日改正（歯周疾患検診の変更等による）
- (11) 平成18年4月1日改正（保健事業実施要領の一部改正等による）
- (12) 平成19年4月1日改正（保健事業実施要領の一部改正等による）
- (13) 平成20年4月1日改正（老人保健法の廃止による）
- (14) 平成21年4月1日改正（政令指定都市移行等による）
- (15) 平成22年4月1日改正（乳がん検診の変更等による）
- (16) 平成23年4月1日改正（生活機能評価の廃止等による）
- (17) 平成24年4月9日改正（胃がん検診及び乳がん検診の変更等による）
- (18) 平成25年5月1日改正（子宮がん検診の変更及び「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の準拠に基づく文言修正等による）
- (19) 平成26年5月1日改正（「健康増進事業等実施要領」の一部改正及び精密検診依頼書等の様式変更による）
- (20) 平成27年4月1日改正（胃がん及び肺がん検診の変更による）
- (21) 平成28年4月1日改正（「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正及び胃がん検診の変更による）
- (22) 平成29年4月1日改正（胃がん検診、乳がん検診及び歯周病検診の変更による）
- (23) 平成30年4月1日改正（健康手帳の取り扱い変更による）
- (24) 平成31年4月1日改正（高齢者歯科口腔健診の取り扱いによる）
- (25) 令和2年4月1日改正（健康診査及び高齢者歯科口腔健診の変更による）
- (26) 令和3年4月1日改正（関連法改正及び様式変更による）
- (27) 令和4年4月1日改正（歯周病検診及び口腔機能健診の変更による）
- (28) 令和6年4月1日改正（「標準的な健診・保健指導プログラム」の変更による）
- (29) 令和7年4月1日改正（「健康増進事業等実施要領」の一部改正及び検診票の様式変更、追加による）

第2 共通的事項

- 1 市は健康増進事業等の実施にあたり、この実施要領を基に、市の人口規模、年齢構成、地理的状況、住民の健康及び疾病の状況、保健事業の実施に必要な要員、施設の状況、財政事情等に配慮し、地域住民の多様な需要にきめ細かく対応した魅力ある保健事業の実施を図るべく、具体的な実施方法、事業量等に関し地域の実情に即した実施計画を作成し、計画的に事業を推進する。

この際には、高齢者の医療の確保に関する法律第18条に基づく特定健康診査及び特定保健指導、同法第125条に定める後期高齢者に対する保健事業並びに介護保険法第115条の45に定める地域支援事業との連携を図り、市民の健康づくり事業を円滑に実施する。

- 2 市は保健事業の実施の計画の作成、その他保健事業の企画及び運営に関し、福祉事務所その他の関係行政機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会その他の保健医療関係団体、社会福祉協議会、その他の福祉関係団体、ボランティアを含む住民の代表等からなる協議会において、これらの者の意見を聴き、その協力を得るとともに、保健事業相互間、保健事業と医療及び福祉サービス並びに地域と職域の保健サービスの有機的な連携及び調整を積極的に図る。

- 3 市は、広報紙、パンフレット、ポスター、有線放送その他を活用し、保健事業の意義、対象となる者の範囲、各事業の内容、実施期日、実施方法その他必要な事項について、市民に周知徹底させるよう努め、また、地域住民やボランティア活動等地域社会の協力も得て、市民が積極的に保健事業に参加しうる体制づくりに努めるとともに、特に都市及びその周辺部においては、対象者の移動状況、市民の健康意識、医療機関の利用実態等に係る都市部特有の事情に留意する。

- 4 市は保健事業の実施にあたっては、自ら適宜、適切な評価を行い、その評価に基づき事業のより一層の充実・強化を図る。

第3 健康手帳の配布

1 目 的

健康手帳は、健康診査の記録、その他健康の保持のために必要な事項を記載し、自らの健康管理に資することを目的とする。

2 配布方法

(1) 対象者の申し出に基づき、保健所健康づくり課等で配布する。

(2) 厚生労働省のホームページからダウンロードしたものを使用できるものとする。

3 記載方法等

(1) 健康手帳のページの各欄は、原則として使用者本人またはその家族が記載し、必要に応じて健康増進事業の担当者等が記載する。

(2) 医療に関する記録のページについては、保健医療機関等において記録する。

第4 健康教育

1 目的

健康教育は、生活習慣病の予防及び介護を要する状態となることの予防、がん予防その他健康に関する事項について、正しい知識の普及を図るとともに、適切な指導や支援を行うことにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、健康の保持増進に資することを目的とする。

2 健康教育の種類

健康教育の種類については、次に掲げるものとする。

- (1) 集団健康教育
- (2) がん予防健康教育

3 集団健康教育

(1) 目的

生活習慣病の予防、その他健康に関する事項について、正しい知識の普及を図ることにより、「自らの健康は自らが守る」という認識と自覚を高め、健康の保持増進に資することを目的とする。

(2) 集団健康教育の種類

集団健康教育の種類は次のとおりとする。

- ア 一般健康教育
- イ 歯周疾患健康教育
- ウ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）健康教育
- エ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育
- オ 病態別健康教育
- カ 薬健康教育

(3) 対象者

市内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象とする。ただし、健康教育の内容や対象者の状況によっては、対象者に代わってその家族等を対象とすることができる。

(4) 実施方法

健康教育の内容に関して、知識経験を有する医師、歯科医師、薬剤師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を講師として、保健センター、コミュニティハウス、公民館等において実施する。

実施に当たっては、他の保健事業との同時実施、特別の教材の使用等方法を工夫して、健康教室、講演会、学習会等を開催するとともに、必要に応じマスメディア等を活用する。

(5) 実施内容

集団健康教育はおおむね次に掲げる内容について行う。

ア 一般健康教育

生活習慣病の予防のための日常生活上の心得、健康増進の方法、食生活の在り方その他健康に関して必要な事項について

イ 歯周疾患健康教育

歯科疾患の予防及び治療、日常生活における歯口清掃、義歯の機能及びその管理等の正しい理解について

ウ ロコモティブシンドローム（運動器症候群）健康教育

骨粗しょう症・転倒予防を含めたロコモティブシンドローム（運動器症候群）に関する正し

い知識、生活上の留意点について

エ 慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育

慢性閉塞性肺疾患（COPD）に関するリスクや正しい知識、問診票や簡易型を含むスパイロメーターを活用した肺年齢測定、禁煙支援等

オ 病態別健康教育

肥満、高血圧、心臓病等と個人の生活習慣との関係及び健康的な生活習慣の形成について

カ 薬健康教育

薬の保管、適切な服用方法等に関する一般的な留意事項、薬の作用・副作用の発現に関する一般的な知識について

（６）評 価

健康教育に参加した者に対してアンケート調査等を行い、実施方法や内容が適切なものであったかどうかを検討し、その後の改善に努める。

（７）教材の利用

健康教室、講演会等を実施するに当たっては、スライド、ビデオ、映画等の視聴覚教材や食事バランスガイド、アクティブガイド等を十分に活用し、その効果を上げるよう工夫する。

（８）留意事項

ア 実施に当たっては、地域の要望を取り入れながら、独自に実施方法の工夫を行い、実効をあげるよう努める。

イ 集団健康教育は単なる知識の伝達ではなく、自らの健康管理に対する主体的な実践を促すよう、特に配慮する。また、特定保健指導（高齢者の医療の確保に関する法律第１８条に規定する特定保健指導をいう。以下同じ。）や個別健康教育等と適切に連携することにより、具体的な生活習慣の改善がもたらされるよう、総合的な取組に配慮するとともに、同じ病態を共有する者に対する集団的な指導を通じて、共通の目的に向けて対象者が主体的に取り組めるよう工夫を行う。

ウ 病態別健康教育、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）健康教育、慢性閉塞性肺疾患（COPD）健康教育等を行う場合にあっては、医師会等関係団体の協力を得て、講師の確保等に配慮する。

エ 歯周疾患健康教育を行う場合にあっては、歯科医師会等関係団体の協力を得て、講師の確保等に配慮する。

オ 薬健康教育を行う場合にあっては、医師会、薬剤師会等関係団体の協力を得て、講師の確保等に配慮する。

４ がん予防健康教育

（１）目 的

がん予防に関する知識の普及を通じて、がん予防が期待されるものも少なくないことから、がん予防健康教育を実施し、がん死亡を減少させることを目的とする。

（２）がん予防重点健康教育

がん予防重点教育の種類は、次のとおりとする。

ア 胃がん予防健康教育

イ 子宮がん（子宮頸がん及び子宮体部がんをいう。以下同じ。）予防健康教育

ウ 肺がん予防健康教育

エ 乳がん予防健康教育

オ 大腸がん予防健康教育

(3) 教育内容

がん予防重点健康教育は、がん検診を受診することの重要性に加え、おおむね次に掲げる事項に関して行うものとする。

ア 胃がんに関する正しい知識並びに胃がんと食生活、喫煙、ヘリコバクター・ピロリの感染等との関係の理解等について

イ 子宮がんに関する正しい知識及び子宮頸がんとヒトパピローマウイルスへの感染との関係の理解等について

ウ 肺がんに関する正しい知識及び肺がんと喫煙との関係の理解等について

エ 乳がんに関する正しい知識及び乳房を意識する生活習慣（ブレストアウェアネス）について

オ 大腸がんに関する正しい知識及び大腸がんと食生活等との関係の理解等について

(4) 実施に当たっての留意事項

がん予防健康教育の実施方法、評価、教材の利用、留意事項等は、「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針（健発第 0331058 号平成 20 年 3 月 31 日厚生労働省健康局長通知別添）」を参考にするものとする。

5 周知徹底

健康教育の趣旨及び内容等について積極的に広報を行い、対象者の参加の促進等を図る。

第5 健康相談

1 目 的

健康相談は、心身の健康に関する個別の相談に応じ必要な指導及び助言を行い、家庭における健康管理に資することを目的とする。

2 対象者

市内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象とする。ただし、健康相談の内容や対象者の状況によっては、対象者に代わってその家族等を対象とすることができる。

3 相談の種類

健康相談の種類については、次に掲げるものとする。

- (1) 重点健康相談
- (2) 総合健康相談

4 重点健康相談

- (1) 重点健康相談の課題は次のとおりとする。

- ア 高血圧
- イ 脂質異常症
- ウ 糖尿病
- エ 歯周疾患
- オ 骨粗しょう症
- カ 女性の健康
- キ 病態別（肥満、心臓病等）

- (2) 実施方法

知識経験を有する医師、歯科医師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を担当者として、健康に関する指導及び助言を行う。また、必要に応じ血圧測定、検尿等を実施する。

実施にあたっては、保健センター等に気軽にかつ幅広く相談できる健康相談の窓口を設置する。

- (3) 実施内容

重点健康相談は次に掲げる内容により行う。

- ア 高血圧について、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等
- イ 脂質異常症について、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等
- ウ 糖尿病への進行防止及び糖尿病が引き起こす動脈硬化等の合併症の防止等個人に適した正しい健康管理方法に関する相談指導等
- エ 口腔歯肉、歯牙の状態等について行う観察及びそれに基づく相談指導並びに歯垢及び歯石の除去、ブラッシング等について行う相談指導等
なお、個人の歯の健康状態に応じて、歯槽膿漏、歯肉炎等歯周疾患の予防及び管理を図る。
- オ 骨粗しょう症について、個人の食生活、運動その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等
- カ 女性専用外来や健診機関の案内、女性の健康づくりについて個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導
- キ 肥満、心臓病等の病態別に、個人の食生活その他の生活習慣を勘案して行う相談指導等（アからカに掲げるものを除く。）

5 総合健康相談

総合健康相談は、対象者の心身の健康に関する一般的事項について、総合的な指導及び助言を行うことを主な内容とし、重点健康相談と同様の方法により実施する。

6 相談内容等の記録及び保存

事後の指導助言に役立てるために、必要なものについては相談の内容及び指導、助言の内容等を記録して保存する。

7 評価

健康相談を受けた者の人数、年齢、相談内容等を分析し、実施方法等の改善に努める。

8 留意事項

健康相談を実施するに当たっては、健康教育、特定健康診査、健康増進法第 19 条の 2 に基づく健康増進事業等他の保健事業や、保健所等で実施されている精神保健福祉相談等の事業と連携を保ちながら実施する。

また、地域の医師会及び歯科医師会等の協力を得て、医師及び歯科医師の指導を受ける等の連携のもとに健全な生活習慣の定着を図る。さらに、専門スタッフの確保に努め、地域の栄養士会、食生活改善推進員協議会等栄養関係団体、社会福祉協議会、老人クラブ等老人福祉関係団体等各方面の関係者の協力を得て、相談内容の多様化等に対応できるよう配慮する。

第6 健康診査

1 総 論

(1) 目 的

健康診査は、生活習慣病の予防の一環として、これらの疾患等の疑いのある者又は危険因子をもつ者をスクリーニングし、必要な者に対する医療機関への受診勧奨及び健康管理に関する正しい知識の普及を目的とするとともに、がんの早期発見の推進を図り、がんの死亡率の減少をあわせて目的とする。

(2) 健康診査の種類

健康診査の種類は、次のとおりとする。

ア 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診

イ がん検診

(ア) 胃がん検診

(イ) 子宮がん検診

(ウ) 乳がん検診

(エ) 肺がん検診

(オ) 大腸がん検診

ウ 歯周病検診

エ 口腔機能健診

(3) 診査の結果に基づき、必要な事後指導を行う。特に、医療機関での受診が必要な者または生活習慣の改善が必要な者に対しては、個別に指導する。

(4) 対象者

次に掲げるものとする。

ア 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診については、市内に居住地を有する 40 歳以上の生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給世帯員及び後期高齢医療被保険者（65 歳から 74 歳までの後期高齢者医療被保険者を含む）。

イ がん検診

(ア) 胃がん検診については、市内に居住地を有する 50 歳以上の偶数年齢の者、並びに前年度未受診の 50 歳以上の奇数年齢の者。ただし、問診により妊婦及びその疑いのあると判断される者は除く。

(イ) 子宮がん検診については、市内に居住地を有する 20 歳以上の偶数年齢（ただし、30～65 歳は毎年受診可、また 20 歳代及び 66 歳以上の前年度未受診者については奇数年齢も可）の女性。

(ウ) 乳がん検診については、市内に居住地を有する 40 歳以上の偶数年齢の女性、並びに前年度未受診の 40 歳以上の奇数年齢の女性。

(エ) 肺がん検診及び大腸がん検診については、市内に居住地を有する 40 歳以上の者。

ウ 歯周病検診については、市内に居住地を有する 30 歳、40 歳、50 歳の者。

エ 口腔機能健診については、市内に居住地を有する 60 歳、70 歳、76 歳、80 歳の者。

(5) 実施回数

健康診査は、原則として同一人について種類ごと年 1 回行うものとする。ただし、胃がん検診、子宮がん検診（20 代と 66 歳以上の女性に限る。）及び乳がん検診については、原則として同一人について 2 年に 1 回行う。

(6) 実施についての基本的事項

ア 実施目標の設定

市は、本市における各がん等疾患の罹患及び死亡の状況、並びに市内各地域の特性及び現状等を踏まえ、がん検診の受診者数等の実施目標を設定し、その達成に努める。

イ 事業の実施に当たっての留意点

- (ア) 健康診査の実施に当たっては、岡山市医師会、岡山市内医師会連合会、岡山市内歯科医師会連合会、検診実施機関等と十分に調整を図る。
- (イ) 健康診査を委託して実施する場合には、委託先と十分協議して精度管理の状況を把握し、適切な実施機関を選定する。

ウ 受診率の向上対策

- (ア) 健康診査の実施に当たっては、文字による広報だけでなく、テレビ、ラジオ、マスメディア、広報車等による多重的な手段を用いた積極的広報を行う。
- (イ) 具体的受診勧奨にあたっては、愛育委員協議会、栄養改善協議会、町内会、老人クラブ等地域の住民組織の協力をあおぐほか、必要に応じて個別の通知や、健康保険組合、商工会議所、同業組合等職域関係団体との連携を図る。
- (ウ) 必要に応じて、休日、夜間検診等、受診しやすい日時、場所の設定を図るよう努める。
- (エ) 健康診査の受診機会を増やすよう努める。
- (オ) 集団検診方式と医療機関方式を有効に組み合わせるなどして未受診者対策に努める。

エ 健康診査結果の通知

健康診査の結果について速やかに受診者に通知する。

オ 事後管理の強化

- (ア) 健康診査の結果に応じ、喫煙、食事及び運動といった生活習慣改善等の保健指導を行う。必要に応じて受診者に対し、健康教育、健康相談又は訪問指導等他の保健事業と連携を図りながら指導を行う。
- (イ) 健康診査の結果から、精密検診又は治療が必要となった者に対し、その意義を十分説明し医療機関で受診するよう指導する。
- (ウ) 健康診査の結果、医療機関において精密検診又は治療を受けた者について、精密検診の結果等の把握をする。

カ 健康診査記録の整備

受診者の氏名、年齢、性別、住所、健康診査結果等の記録の整備を図る。

キ 健康診査の事業評価

健康診査に当たっては、健診データを時系列的に把握することなどに努める。また、検査方法、受診者の年齢分布、初回受診者の割合、判定結果及び指導区分ごとの割合等を検討し、健康診査の精度の向上及び維持を図る。

また、がん検診の実施に当たっては、科学的根拠に基づく検診を適切な精度管理の下で実施することが重要である。そのため事業評価については、厚生労働省「がん検診事業の評価に関する委員会」がとりまとめた報告書「今後の我が国におけるがん検診事業の在り方について」（以下「報告書」という。）が示すとおり、「事業評価のためのチェックリスト」等により実施状況を把握するとともに、要精検率、精検受診率、陽性反応適中度、がん発見率等のプロセス指標に基づく評価を行う。（報告書の「事業評価のためのチェックリスト」については、国立がん研究センターが示す「事業評価のためのチェックリスト」（以下「チェックリスト」という。）に読み替える。）

なお、必要に応じて実施機関の指導を行うとともに、健康診査の結果及び効率について評価する。

ク 検診体制の整備

健康診査が円滑に行われるよう医療機関及び検診機関、精密検診機関等の体制整備に努める。

(7) 健康診査実施機関の役割等

ア 各健康診査実施詳細に沿って実施できる要員・施設等を具備するよう努めるとともに、検診機器の保守点検及び整備を行い、また血液検査等の標準化に関する管理・点検機構の確立を図る。

イ 健康診査実施機関は、実施する健康診査にかかる正確な知識及び技能を有するとともに、健診従事者の資質の向上に努めなければならない。

ウ 健康診査実施機関は、健康診査の結果を、送付書（様式第4－8号①②）に検診票を添付し速やかに実施主体へ報告しなければならない。

エ 健康診査実施機関は、精密検査実施施設と連絡を取り、精密検査の結果の把握に努めなければならない。

オ 市や県の求めに応じ、健康診査の質の確保を図る上で必要な資料の提出等の協力をしなければならない。

カ 健康診査の実施にあたり、事故又は偶発症が発生した場合、健康診査実施機関は、「岡山市健康診査事故・偶発症報告書」（様式第3号）により、速やかに市へ報告すること。

(8) 自己負担金

実施機関は、定められた金額を健康診査等受診者から直接徴収する。

(9) 無料券

ア 無料券の目的

岡山市が実施する健康診査を受ける際、無料券を交付することにより、自己負担金が免除され容易に健康診査を受け、もって健康の増進を図ることを目的とする。

イ 無料券の対象者

無料券の対象者は、次の（ア）又は（イ）に該当する者とする。

（ア）30歳、40歳以上の男性及び20歳以上の女性で、生活保護受給者または中国残留邦人等支援給付受給世帯員

（イ）30歳、40歳以上の男性及び20歳以上の女性で受診者本人及び同一世帯全員がその年度の市町村民税が非課税である者（ただし、当該年度の税情報が確定するまでは、前年度の税情報を確認し交付する）

ウ 無料券の申請

（ア）無料券の申請を受けようとする者は、岡山市健康診査無料券交付申請書（様式第1－1号①）により申請をしなければならない。

（イ）市長は、（ア）に規定する申請書の提出があったときは、速やかに無料券の対象者の要件に該当することを確認し、適当と認めたときは岡山市健康診査無料券（様式第2－1号、様式第2－2号）を交付するものとする。

エ 無料券の利用

（ア）無料券の交付を受けた者は、健康診査を受ける際、医療機関に提示しなければならない。

（イ）無料券の交付を受けた者は、無料券を第三者に譲渡し、貸与し、又は担保に供してはならない。

（ウ）市長は、偽りその他不正の手段により無料券の交付を受けた者がいるときは、返還を求めるものとする。この場合において、すでに無料券により健康診査を受診した場合は、使用料を返還させるものとする。

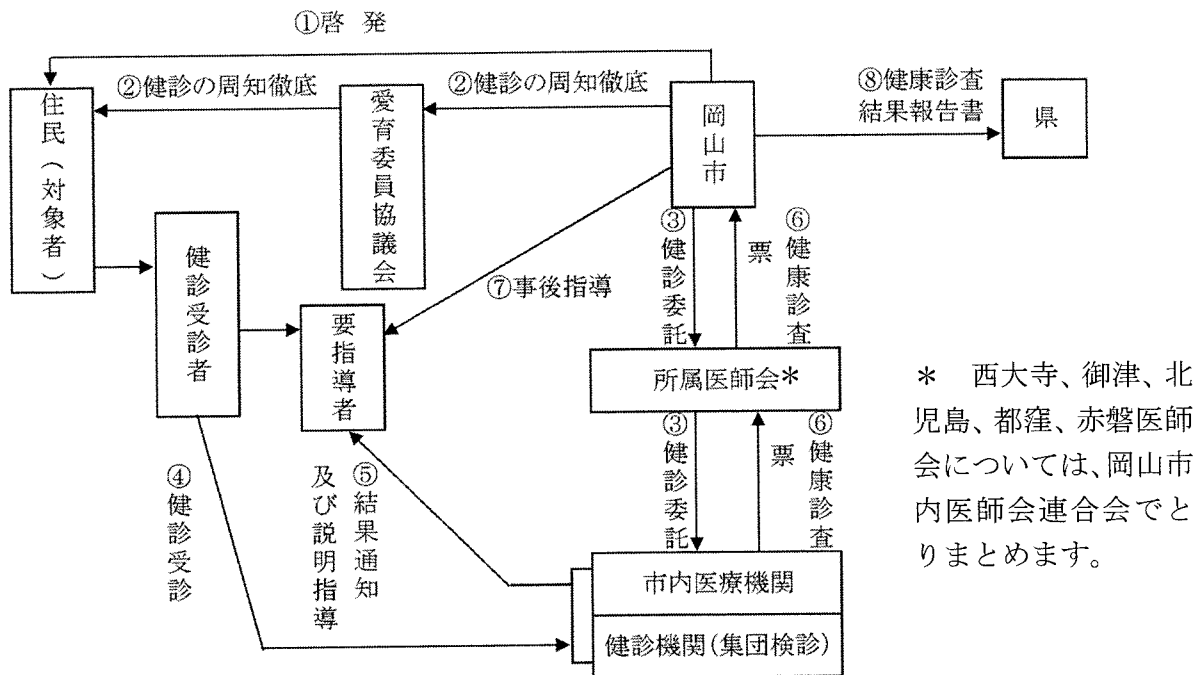
(10) その他

- ア 市等の関係者は秘密の保持に努めなければならない。
 イ 上記以外のことについては、別に申し合わせによって定める。

(11)健康診査実施体系図

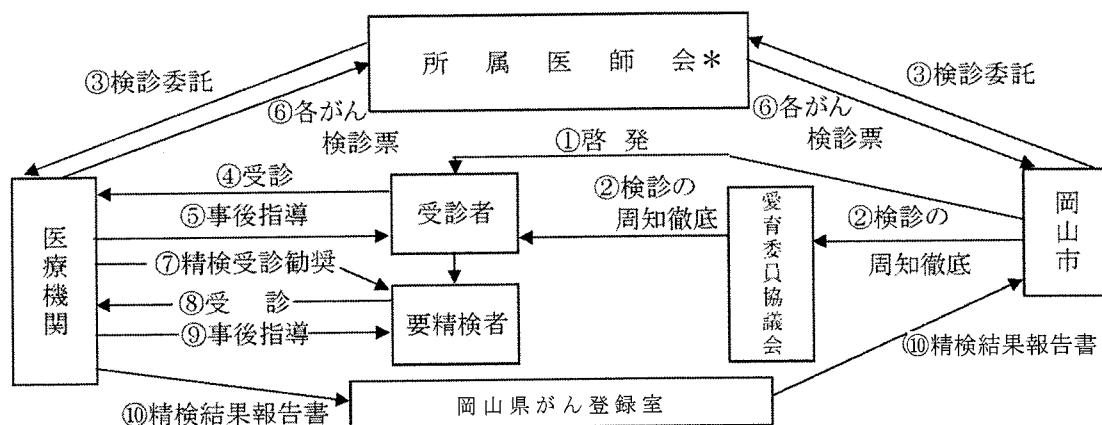
ア 健康診査実施体系図

(ア) 医療機関方式



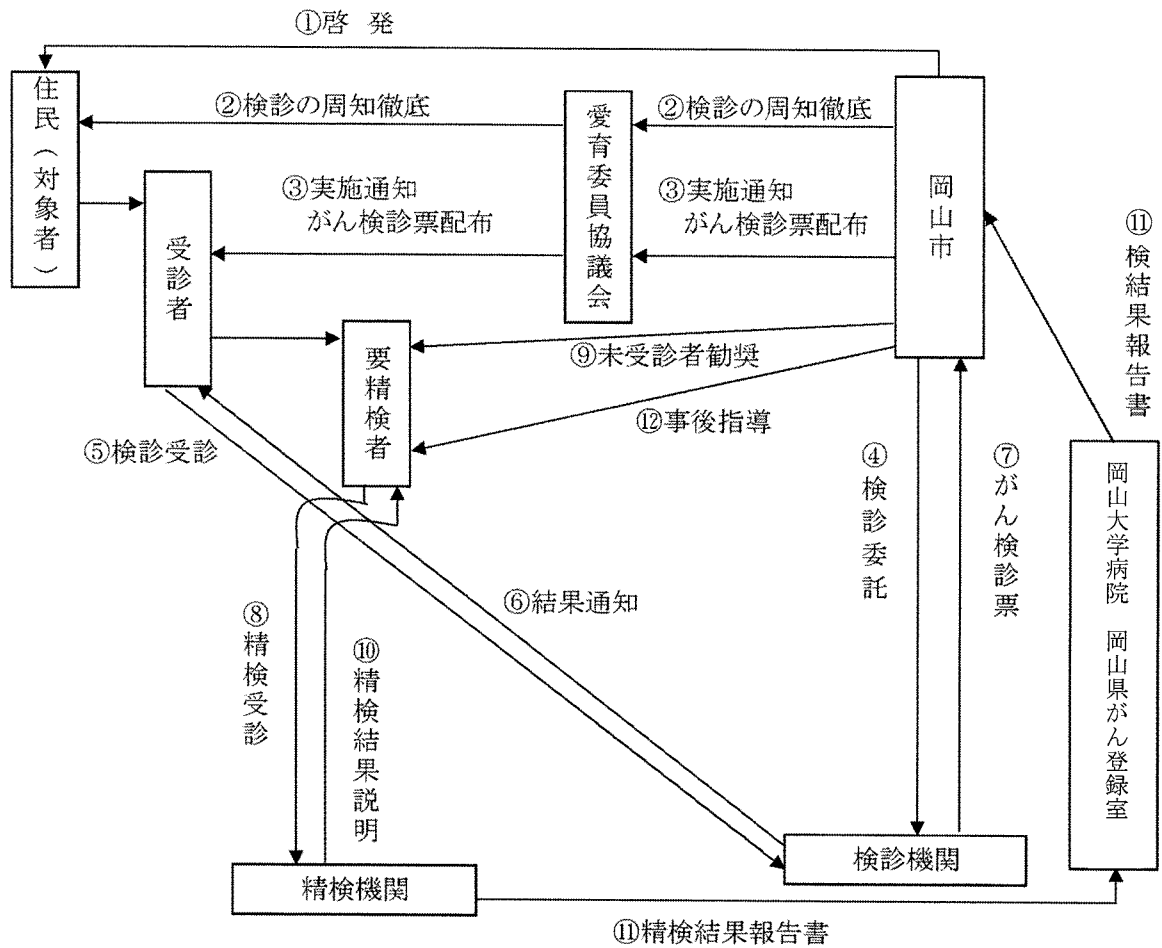
イ 各がん検診実施体制

(ア) 医療機関方式

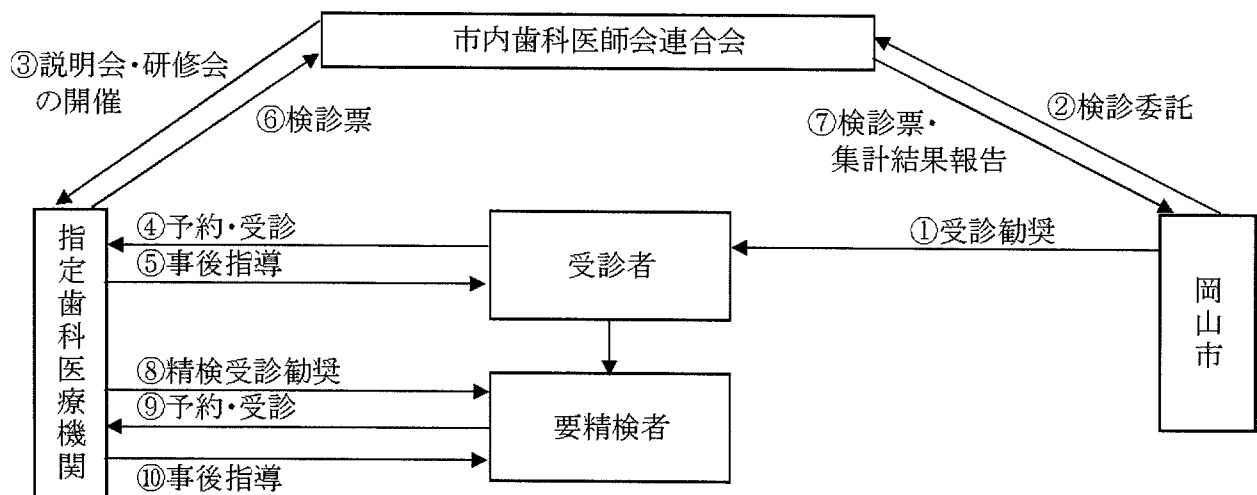


* 西大寺、御津、北児島、都窪、赤磐医師会については、岡山市内医師会連合会でとりまとめます。

(イ) 集団検診方式



ウ 歯周病検診・歯科口腔機能健診実施体系図



2 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診

(1) 目 的

後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診は、近年の生活習慣病や要介護状態等の動向を踏まえ、これらの疾患等又はその危険因子を早期に発見し、栄養や運動等の生活指導を実施するとともに適切な治療や介護予防事業等へと結びつけることによって、これらの疾患等を予防、または、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにすることを目的とする。

(2) 基本的事項

ア 対象者

後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診は、市内に居住地を有する 40 歳以上の生活保護受給者及び後期高齢者医療被保険者（65 歳から 74 歳までの後期高齢者医療被保険者を含む）を対象とする。

イ 種 類

対象者全員が受診しなければならない基本的な健診項目（以下「基本項目」という。）は下記に掲げる 10 項目であり、基本項目を全て実施しなければ後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診の完了とはみなさない。ただし腹囲の測定や尿検査については一部例外もある。

(ア) 既往歴の調査

…服薬歴及び喫煙習慣の状況についての調査も含む。

(イ) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査

…理学的検査（身体診察）

(ウ) 身長、体重及びBMIの測定

(エ) 腹囲の測定（40歳以上75歳未満の生活保護受給者等に限る。）

…腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMIが20未満の人、もしくはBMIが22未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者）に基づき、医師が必要でないと認める時は省略可能。また腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可。

(オ) 血圧の測定

(カ) 肝機能検査

…AST(GOT)、ALT(GPT)及びγ-GT(γ-GTP)

(キ) 血中脂質検査

…中性脂肪、HDLコレステロール及びLDLコレステロール

(ク) 血糖検査

…空腹時血糖又はHbA1c

(ケ) 血液生化学検査

…アルブミン

(コ) 尿検査

…尿中の糖及び蛋白の有無

生理中の女性及び腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者の尿検査は、検査不能として実施しなくても差し支えない。

・アの対象者のうち40歳以上75歳未満の生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付世帯員には特定健康診査の「詳細な健診」項目選定基準〔参考資料1〕にもとづいて医師が必要と判断した場合、以下の項目も実施する。

(ア) 貧血検査 … 赤血球数、血色素量（ヘモグロビン値）、ヘマトクリット値

(イ) 心電図検査

(ウ) 眼底検査

ウ 実施方法

後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診は、医療機関方式と集団検診方式により実施する。

(3) 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診の実施

ア 後期高齢者・生保・生保 75 歳以上健診票

- ・生保健診は「健康診査票」(様式第 4-2 号①②③)を作成する。
- ・後期高齢者健診は「後期高齢者健康診査票(様式第 4-2 号④⑤⑥)」を作成する。
- ・生保 75 歳以上健診は「後期高齢者健康診査票(様式 4-2 号⑦⑧⑨)」を作成する。

イ 検査手技

検査測定方法については、別に定める「特定健康診査及び特定保健指導の実施について」[参考資料 2]を参考とする。

(4) 検査結果の判定と指導区分

検査結果については、「健康診査判定基準」[参考資料 3]等を参考にして、検査ごとに所定の方法で判定する。指導区分の決定に当たっては、これらの判定結果を総合的に判断し、「異常なし」、「要指導」(要観察を含む。)及び「要精検・治療」(治療中を含む。)に区分する。なお、区分に当たっては年齢、性、生活環境等の個人差について十分配慮する。

(5) 結果の通知

健診実施機関は、診査終了後、診査結果を受診者へ速やかに通知する。

(6) 事後管理及び指導

実施機関は、前項の受診結果の通知にあわせ情報提供を行う。

情報提供とは、受診者が健診結果から自らの身体状況を認識するとともに、健康な生活習慣の重要性に対する理解と関心を深め、生活習慣を見直すきっかけとなるような基本的な情報を提供することをいう。

個々の受診結果に即した情報提供が、画一的なものにならないように努める。また、特に問題とされることがない者に対しては、健診結果の見方や健康の保持増進に役立つ内容の情報を提供することとする。

(7) 実施報告

健診実施機関は、診査結果等必要事項を「健康診査票」(様式第 4-2 号①②)、「後期高齢者健康診査票」(様式第 4-2 号④⑤)、「後期高齢者健康診査票」(様式第 4-2 号⑦⑧)に記入して、岡山市控えを医師会経由のうえ毎月定められた日までに市に報告する。

(8) 実績報告

市は、健診実績をとりまとめ、報告書でもって県に報告する。

(9) 記録の整備

ア 市は、継続的な保健指導に役立てるため、受診結果等を一貫して記録する。

イ 関係書類は少なくとも 5 年後の年度末まで保存しなければならない。

3 胃がん検診

(1) 基本的事項

ア 対象者

胃がん検診は、市内に居住地を有する 50 歳以上の偶数年齢の者、並びに前年度未受診の 50 歳以上の奇数年齢の者を対象とする。ただし、問診により妊婦及びその疑いがあると判断される者を除く。

イ 実施方法

胃がん検診は、医療機関において実施する医療機関方式と、検診車等により実施する集団検診方式（問診及び胃部エックス線検査に限る。）による。

(2) 検診の実施

ア 検診項目

検診項目は、問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査とし、受診者がいずれかの検査を選択するものとする。

イ 検診票

「胃がん検診票」（様式第 4－3 号①②ア）又は「胃がん（内視鏡）検診票」（様式第 4－3 号①②イ）を作成する。

ウ 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診受診状況等を聴取する。

エ 受診者への説明

胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査の行い方、利益・不利益（偶発症を含む。）等を、事前に明確に説明すること。またあわせて、要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受ける必要があることも知らせておくこと。また、精密検査結果の市町村への報告などの個人情報の取扱いについても、受診者に対し十分な説明を行うこととする。

オ 胃部エックス線検査の撮影

(ア) 集団検診方式の場合、胃がんの疑いのある者を効率的にスクリーニングする点を考慮し、原則として間接撮影とするが、地域の実情に応じ直接撮影を用いて差し支えない。間接撮影は 7×7 cm 以上のフィルムを用い、撮影装置は被曝線量の低減を図るため、I・I 方式が望ましい。

(イ) 撮影機器の種類（直接・間接・DR 撮影、I・I 方式等）を明らかにする。

(ウ) 撮影枚数は最低 8 枚以上とする。

(エ) 撮影の体位及び方法は日本消化器がん検診学会による「新・胃 X 線撮影法ガイドライン改訂版（2011 年）」を参考にすること。

(オ) 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に（180～220W/V% の高濃度バリウム、120～150ml とする）保つとともに、副作用等の事故に注意する。

(カ) 消化管の閉塞又はその疑いのある患者、造影剤に対しアレルギーのある者には造影剤の投与は禁忌である。

(キ) 造影剤の腸管停留による副作用防止のため、次の点に留意する。

① 受診者の日常の排便状況に応じた下剤投与を行うこと

② 迅速に硫酸バリウムを排出する必要があるため、十分な水分の摂取を患者に指導すること

③ 患者に排便状況を確認させ、持続する排便困難、腹痛等の消化器症状があらわれた場合には、直ちに医療機関を受診するように指導すること

(ク) 造影剤によるショック、アナフィラキシー症状に十分注意する。

(ケ) 自治体や医師会等から報告を求められた場合には撮影技師の全数と、日本消化器がん検診

学会認定技師数を報告する（撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く）。

カ 胃部エックス線検査の画像読影

- (ア) 胃部エックス線写真の画像読影は、原則として十分な経験を有する2名以上の医師によって行うこと。その結果に応じて、過去に撮影した胃部エックス線写真と比較読影することが望ましい。読影結果の判定は、日本消化器がん検診学会「胃X線検診のための読影判定区分」[参考資料10]によって行うこと。
- (イ) 医療機関方式での実施にあたり、2名以上の医師による画像読影（以下「二重読影」という。）が検診医療機関において困難な場合は、市内各医師会の中に設置した胃部エックス線写真読影委員会に写真画像を提出し、二重読影を受けること。
- (ウ) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影する。

キ 胃内視鏡検査の実施

- (ア) 胃内視鏡検査の協力医療機関は、デジタル形式（J P E G又はD I C O M形式）で画像の記録が可能であり、かつ次のいずれかに該当する医師（以下「胃内視鏡検診実施医」という。）が検査を行う機関とし、あらかじめ市の承認を受けること。
 - a 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医
 - b 日本消化器内視鏡学会専門医
 - c 日本消化器病学会専門医
 - d 診療・検診にかかわらず、年間概ね100件以上もしくは直近10年以内に概ね1,000件以上の胃内視鏡検査を実施している医師
- (イ) 前項の胃内視鏡検査の協力医療機関として承認を受けようとするときは、「胃内視鏡検査協力医療機関届」（様式第4-3号⑨）に、次に定める書類を添えて、岡山市保健管理課へ届け出ること。
 - a 胃内視鏡検診実施医が、前項a～cのいずれかに該当する場合は、当該専門医等であることを証する書類の写し。（複数に該当する場合は、いずれか一つの資格を証する書類のみの添付で足りる。ただし、a又はbに該当する医師については、当該資格を証する書類の添付を優先すること）
 - b 胃内視鏡検診実施医が、前項のdに該当する場合は、「胃内視鏡検査実績報告書」（様式第4-3号⑩）を添付すること。
また、胃内視鏡検査の協力医療機関の届出内容に変更が生じたときには「胃内視鏡検査協力機関変更届」（様式第4-3号⑪）を、胃内視鏡検査の協力医療機関の承認を辞退するときは、「胃内視鏡検査協力医療機関辞退届」（様式第4-3号⑫）を岡山市保健管理課へ提出すること。
- (ウ) 胃内視鏡検査の観察範囲は食道・胃・十二指腸球部とする。
- (エ) 内視鏡画像の撮影コマ数は、食道・胃・十二指腸を含めて30～40コマとする。
- (オ) 胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル（2024改訂第2版）」（以下「胃内視鏡検診マニュアル2024」という。）を参考にすること。なお、胃内の観察記録方法は、A法（噴門から順行性に観察して幽門輪に達し、ターン観察で噴門に戻ってくる方式）又はB法（胃内に入ってから幽門輪に進んでからターン観察で噴門に戻り、ターンを外して見下ろし観察する方式）のどちらでも差支えない。
- (カ) 内視鏡機器の洗浄・消毒については、日本消化器内視鏡学会を中心に作成されている内視鏡機器の洗浄・消毒に関するガイドラインやマニュアル等、又は機器メーカー指定の洗浄・消毒方法を遵守するなど、感染防止策を講じること。

(キ) 偶発症の発生に備えるために、協力医療機関は、胃内視鏡検診マニュアル 2024 を参考に、必要な救命救急設備や医薬品を配備する等の準備を行うこと。

(ク) 偶発症の発生を把握した協力医療機関は、「第 6 健康診査 (7) 健康診査実施機関の役割等 力」に基づき、速やかに岡山市健康づくり課へ報告すること。

ク 胃内視鏡検査の画像読影

(ア) 胃内視鏡検査の画像読影については、胃内視鏡検診実施医以外の以下の a 又は b に該当する資格を有する医師による読影（以下、「ダブルチェック」という。）を必須とする。

a 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医

b 日本消化器内視鏡学会専門医

(イ) ダブルチェックの方法は、原則、市内各医師会が設置する胃内視鏡検査読影委員会（以下「内視鏡読影委員会」という。）にデジタル画像（J P E G 又は D I C O M 形式）を提出し、2 回目の読影を行う方式によることとする。

ただし、検診医療機関においてダブルチェックを実施することができる場合は、内視鏡読影委員会への提出を免除する。なお、ダブルチェックに従事する医師は常勤・非常勤の別を問わない。

(ウ) ダブルチェックの方法については、「胃内視鏡検査協力医療機関届」（様式第 4 - 3 号 ⑨）により、岡山市保健管理課に届け出ること。

(エ) 胃内視鏡検査の画像読影に当たっては、胃内視鏡検診マニュアルを参考にすること。

ケ 胃がんの予防についての指導

日本人の生活様式の変化あるいは医療技術の進歩による早期胃がんの発見などの要因により、日本人の胃がんの年齢調整死亡率に減少がみられている。しかしながら年齢調整死亡率や悪性新生物死亡全体に占める割合において、男女とも高いのが現状である。このため胃がんに対する正しい知識の普及は大変重要となる。したがって検診会場においても、受診者に対して食生活や喫煙、ヘリコバクター・ピロリ感染等との関係について理解を得るよう努める。

(3) 検診結果の通知

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を付し、受診者に速やかに通知するものとする。

ア 医療機関方式

(ア) 医療機関は、検診終了後直ちに画像を読影し、「胃がん検診票」（様式第 4 - 3 号①②ア）又は「胃がん（内視鏡）検診票」（様式第 4 - 3 号①②イ）に所見、精密検診の必要性の有無等を記入し、医師会を経由して速やかに市へ送付するものとする。また、要精検者については、「胃がん精密検診依頼書」（様式第 4 - 3 号④⑤⑦）を作成する。

(イ) 医療機関は、受診者に検診結果に基づき必要な指導を行う。要精検者に対しては、精密検診の受診勧奨を行う。なお、精密検診も併せて実施した医療機関は、「胃がん精密検診結果通知書」（様式第 4 - 3 号⑦）によって、精密検診結果を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ報告する。

イ 集団検診方式

(ア) 検診実施機関は、検診終了後直ちに胃部エックス線写真を読影し、「胃がん検診票」（様式第 4 - 3 号①②ア）に所見、精密検診の必要性の有無等を記入し、速やかに市へ送付する。

(イ) 検診実施機関は、検診結果に基づいて「岡山市胃がん検診（胃部エックス線検査）通知書」（様式第 4 - 3 号③）もしくは「岡山市胃がん検診（胃部エックス線検査）通知書」（様式第 4 - 3 号③）に準ずるとして、あらかじめ市が使用を承認した結果通知様式（以下、「岡山市

胃がん検診（胃部エックス線検査）通知書」（様式第４－３号③）とあわせ、「胃がん検診通知書等」という。）を作成し、要精検者には、「胃がん精密検診依頼書」（様式第４－３号④⑤⑦）を作成する。

（ウ）市は、検診実施機関の協力を得て受診者に対し、胃がん検診通知書等により速やかに検診結果を通知する。なお、要精検者には、「胃がん精密検診依頼書」（様式第４－３号④⑤⑦）を送付し、医療機関で速やかに受診するよう指導する。

（４）精密検診結果の取扱い

ア 要精検者の精密検診を実施した医療機関は、精密検診の所見等を「胃がん精密検診結果通知書」（様式第４－３号④⑤⑦）に記入のうえ、岡山市用（様式第４－３号⑦）を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ提出するとともに、「胃がん精密検診結果通知書」（様式第４－３号⑤）を一次検診機関へ送付する。

イ 岡山大学病院岡山県がん登録室は、この報告に基づき、「胃がん精密検診結果通知書」（様式第４－３号⑦）により市へ報告する。

（５）精密検診の受診勧奨

胃がん検診を受診した医療機関及び集団検診の実施機関から、要精検者として報告された者に対し、市は、書面の送付等により、精密検診の受診を勧奨する。

（６）記録の整備

ア 市は、継続的な保健指導に役立てるため、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診の受診状況、画像の読影の結果、精密検査の必要性の有無等を記録する。また、あわせて医療機関における確定診断の結果及び治療の状況等を記録する。

イ 実施報告

市は、検診実績を取りまとめ、報告書でもって県に報告する。

ウ 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で胃がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、胃部エックス線検査、胃内視鏡検査等の精度管理に努める。

エ 画像、問診記録及び検診結果などの関係書類は少なくとも５年後の年度末まで保存しなければならない。

（７）事業評価

胃がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市は、チェックリスト（市町村用）を参考にし、検診の実施状況を把握すること。その上で必要に応じ、胃内視鏡検診運営委員会における検討結果も踏まえ実施体制の整備及び実施方法の改善に努めること。

4 子宮がん検診

(1) 基本的事項

ア 対象者

子宮がん検診は、市内に居住地を有する 20 歳以上の偶数年齢（ただし、30～65 歳は毎年受診可、また 20 歳代及び 66 歳以上の前年度未受診者については奇数年齢も可）の女性を対象とする。

問診の結果、最近 6 か月以内に

(ア)不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後の出血等）

(イ)月経異常（過多出血、不規則月経等）

(ウ)褐色帯下

のいずれかの症状を有していたことが判明した者に対しては、第一選択として、十分な安全管理のもとで多様な検査を実施することができる医療機関への受診を勧奨する。ただし、子宮頸がん検診と併せて子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）を実施することについて本人が同意する場合には、子宮頸部の細胞診に引き続き子宮体部の細胞診を行う。

イ 実施方法

子宮がん検診は、医療機関方式と集団検診方式により実施する。

(2) 検診の実施

ア 検診項目

検査項目は、問診、視診、子宮頸部の細胞診及び内診とし、必要に応じてコルポスコープ検査を行う。

イ 検診票

「子宮がん検診票」（様式第 4－4 号①②）を作成する。

ウ 問診

問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、性交経験の有無、既往歴、家族歴の有無、過去の検診の受診状況等を聴取する。

なお、問診時に聴取する不正性器出血は、いわゆる不正出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点（スポットティング）、一次的な少量の出血及び褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含み、問診の際には、このような状態を正しく把握するよう留意するものとする。

エ 視診

陰鏡を挿入し、子宮頸部の状況を観察する。

オ 子宮頸部及び体部の細胞診

(ア) 子宮頸部の細胞診については子宮頸管及び陰部表面の全面擦過法、子宮体部の細胞診については吸引法又は擦過法によって検体を採取し、迅速に処理（固定）した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。

なお、固定に要する諸材料は検診機関において準備する。

子宮体部の細胞診においては、子宮頸管が狭くなってくること等を考慮し、吸引法及び擦過法の両器具を準備しておくことが望ましい。

(イ) 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

(ウ) 子宮頸部の細胞診の結果は、ベセスダシステムによって分類した上で、「ベセスダシステム 2014 に準拠した子宮頸部細胞診報告様式」〔参考資料 4〕に基づき精密検査の必要性の有無を決定する。なお、検体が不適正であった場合には、再度子宮頸部の細胞診を実施するものとする。

る。

(エ) 検診実施機関は、細胞診を他の細胞診検査機関等に依頼する場合、細胞診検査機関等の細胞診専門医や細胞検査士等の人員、設備等を十分に把握し、適切な機関を選ばなければならない。

(オ) 原則として、子宮体部の細胞診の判定結果が「疑陽性」及び「陽性」の者は、「要精検」とし、「陰性」の者は、その他の臨床状況を勘案し、精密検査の受診の要否を決定するが、精密検査の受診の必要がない場合は、「精検不要」とし、それぞれ次の指導を行う。

(ア) 「要精検」と区分された者

医療機関において精密検査を受診するよう指導する。

(イ) 「精検不要」と区分された者

日常生活において不正性器出血等に注意するよう指導する。

カ 内診

双合診を実施する。

(4) 検診結果の通知

子宮頸部の検診の結果については、精密検査の必要性の有無を付し、子宮体部の検診の結果については、子宮体部の細胞診の結果及びその他臨床症状等を総合的に判断して、精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に速やかに通知する。

ア 医療機関方式

(ア) 医療機関は、「子宮がん検診票」(様式第4-4号①②)に所見、細胞診の結果及び精密検診の必要性の有無等を記入し、医師会を経由して速やかに市へ送付する。また、要精検者については、「子宮がん精密検診依頼書」(様式第4-4号④⑤⑥)を作成する。

(イ) 医療機関は、受診者に検診結果に基づき必要な指導を行い、要精検者に対しては、「子宮がん精密検診依頼書」(様式第4-4号④⑤⑥)により、精密検診の受診勧奨を行う。なお、精密検診も併せて実施した医療機関は、「子宮がん精密検診結果報告書」(様式第4-4号⑦)によって、精密検診結果を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ報告する。

イ 集団検診方式

(ア) 検診実施機関は、「子宮がん検診票」(様式第4-4号①②)に所見、細胞診の結果及び精密検診の必要性の有無等を記入し、速やかに市へ送付する。また、要精検者には、「子宮がん精密検診依頼書」(様式第4-4号④⑤⑥)を作成する。

(イ) 市は、検診実施機関の協力を得て受診者に対し速やかに検診結果を通知する。

なお、要精検者には、「子宮がん精密検診依頼書」(様式第4-4号④⑤⑥)を送付し、医療機関で、速やかに精密検診を受診するよう指導する。この場合、その取扱いについては特に慎重を期する。

(5) 精密検診及び結果の取扱い

ア 精密検診は、原則として子宮腔部及び子宮頸部又は子宮体部の細胞診、コルポ診、狙い組織診の検査等を実施し、この結果がんと確定した者は速やかに治療を行うよう指導する。

イ 要精検者に対して精密検診を実施した医療機関は、精密検診の所見等を「子宮がん精密検診結果依頼書」(様式第4-4号④⑤⑥)に記入のうえ、岡山市用(様式第4-4号⑥)を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ送付するとともに、「子宮がん精密検診結果報告書」(様式第4-4号⑤)を一次検診機関に送付する。

ウ 岡山大学病院岡山県がん登録室は、この報告に基づき「子宮がん精密検診結果報告書」(様式第4-4号⑥)により、市へ報告する。

エ 問診の上、症状(体がんの症状を含む)のある者には、適切な医療機関への受診勧奨を行う。

オ 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取扱いについて、受診者に対し十分な説明を行う。

(6) 精密検診の受診勧奨

子宮がん検診を受診した医療機関及び集団検診の実施機関から、要精検者として報告された者に対し、市は、書面の送付等により、精密検診の受診を勧奨する。

(7) 記録の整備

ア 市は、継続的な保健指導に役立てるため、受診結果を一貫して記録する。

イ 市は、検診実績を取りまとめ、報告書でもって県に報告する。

ウ 検診実施機関は、検体及び問診記録・検診結果などの関係書類を少なくとも5年後の年度末まで保存しなければならない。

(8) 事業評価

子宮がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市は、チェックリスト（市町村用）を参考にし、検診の実施状況を把握すること。その上で必要に応じ、実施体制の整備及び実施方法の改善等を行うこと。検診実施機関は、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、細胞診等の精度管理に努める。

5 乳がん検診

(1) 基本的事項

ア 対象者

乳がん検診は、市内に居住地を有する40歳以上の偶数年齢の女性とする。ただし、前年度未受診の40歳以上の奇数年齢の女性も可とする。

イ 実施方法

乳がん検診は、医療機関方式と、集団検診方式により実施する。

(2) 検診の実施

ア 検診項目

検査項目は、問診、視診、触診及び乳房エックス線検査とする。

イ 検診票

「乳がん検診票」（様式第4－5号①②③）を作成する。

ウ 問診

問診に当たっては、現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の検診受診状況等を聴取する。

エ 視診及び触診

公益社団法人岡山県医師会（以下「県医師会」という。）が開催する乳がん検診講習会を3回受講し、県医師会が認定した者であって、認定後は1年に1回以上受講している医師が乳房、乳房表面の皮膚、乳頭及び腋窩の状況を観察し、乳房、乳頭及びリンパ節（腋窩リンパ節及び鎖骨上窩リンパ節）の触診を行う。

(ア) 視診の留意点

視診に当たっては、乳房の対象性（大きさ及び形）、乳房皮膚の陥凹、膨隆、浮腫、発赤、乳頭陥凹及び乳頭びらの有無について観察するものとする。

(イ) 触診の留意点

触診は、指腹法及び指先交互法等により、両手で乳房の内側から外（又は外側から内側）に、かつ、頭側から尾側に向かって乳房を軽く胸壁に向かって圧迫するように行うものとする。

乳房の触診…腫瘍、結節及び硬結の有無、性状等の診察

リンパ節の触診…腋窩リンパ節及び鎖骨上窩リンパ節の腫張の有無、性状等の診察

乳頭の触診…乳頭からの異常な分泌物の有無、性状等の診察

オ 乳房エックス線撮影

(ア) 乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適格な撮影装置（原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たす。）を備えるとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備すること。また、乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構（以下「精中機構」という。）の行う施設画像評価を受け、A又はBの評価を受けている施設が望ましい。なお、撮影は精中機構が開催する乳房エックス線撮影に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了しAまたはB判定の認定を受けた診療放射線技師又は医師が行うこと。

(イ) 両側乳房について、内外斜位方向撮影を行う。なお、40歳以上50歳未満の対象者については、内外斜位方向撮影とともに、頭尾方向撮影も併せて行う。

カ 乳房エックス線写真の読影及び精度管理

乳房エックス線写真の読影は、読影室の照度やシャウカステン輝度に十分配慮する等適切な読影環境を整えた上で、二重読影（うち1名は精中機構が開催する読影講習会を修了しA又

はB判定の認定を受けた医師が、同時に又はそれぞれ独立して読影すること。)により行う。読影した結果、所見①から⑤のうちあてはまるものを左右の乳房それぞれについて記載する。また参考資料5に基づき、カテゴリー分類を左右の乳房それぞれについて記載する。2方向撮影した場合は、2方向の所見を総じて1つのカテゴリーをつける。(カテゴリー3以上は要精検とする。)

キ 乳がんの予防についての指導

乳がんは、日常の健康管理の一環としての自己触診によって、しこり(腫瘍)に触れるなどの自覚症状を認めることにより発見される場合がある。このため、検診の場で受診者に対し、乳がん検診を定期的に受診することの重要性だけでなく、乳がんの自己触診の方法、しこりに触れた場合の速やかな医療機関への受診、その際の乳房疾患を専門とする医療機関の選択等について啓発普及を図るよう努める。

(3) 検診結果の通知

検診の結果については、問診、乳房エックス線検査の結果及び視触診の結果を総合的に判断して、精密検査の必要性の有無を決定し、受診者に速やかに通知するものとする。

ア 医療機関方式

- (ア) 医療機関は、「乳がん検診票」(様式第4-5号①②③)に所見、及び精密検診の必要性の有無等を記入し、医師会を経由して速やかに市へ送付する。また、要精検者については、「乳がん精密検診依頼書」(様式第4-5号④⑤⑦)を作成する。
- (イ) 医療機関は、受診者に検診結果に基づき必要な指導を行い、要精検者に対しては、「乳がん精密検診依頼書」(様式第4-5号④⑤⑦)により、精密検診の勧奨を行う。

イ 集団検診方式

- (ア) 検診実施機関は、「乳がん検診票」(様式第4-5号①②)に所見、及び精密検診の必要性の有無等を記入し、速やかに市へ送付する。また、要精検者には、「乳がん精密検診依頼書」(様式第4-5号④⑤⑦)を作成する。
- (イ) 市は、検診実施機関の協力を得て受診者に対し、速やかに検診結果を通知する。なお、要精検者には、「乳がん精密検診依頼書」(様式第4-5号④⑤⑦)を送付し、医療機関で速やかに受診するよう指導する。この場合、その取扱いについては特に慎重を期する。

(4) 精密検診及び結果の取扱い

- ア 要精密検査となった場合は、必ず精密検査を受ける必要があることを事前に明確に知らせる。
- イ 精密検査の方法や内容について説明する。
- ウ 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取扱いについて、受診者に対し十分な説明を行う。
- エ 要精検者の精密検診を実施した医療機関は、精密検診の所見等を「乳がん精密検診結果依頼書」(様式第4-5号④⑤⑦)に記入し、岡山市用(様式第4-5号⑦)を速やかに岡山大学病院へ提出するとともに、「乳がん精密検診結果通知書」(様式第4-5号⑤)を一次検診機関に送付する。
- オ 岡山大学病院岡山県がん登録室は、この報告に基づき「乳がん精密検診結果通知書」(様式第4-5号⑦)により、市へ報告する。

(5) 記録の整備

- ア 市は、継続的な保健指導に役立てるため、受診結果等を一貫して記録する。
- イ 市は、検診実績を取りまとめ、報告書でもって県に報告する。

ウ 乳房エックス線写真、問診記録及び検診結果は少なくとも5年後の年度末まで保存しなければならない。

(6) 事業評価

乳がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市は、チェックリスト（市町村用）を参考にし、検診の実施状況を把握すること。その上で必要に応じ、実施体制の整備及び実施方法の改善等を行うこと。検診実施機関は、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、乳房エックス線検査等の精度管理に努める。

(7) その他

乳がん検診マンモグラフィ撮影機関として承認を受けるときは、岡山市保健管理課へ「乳がん検診マンモグラフィ撮影機関届」（様式第4-5-1③）を提出して、承認を受けなければならない。また、承認を辞退しようとするときは、「乳がん検診マンモグラフィ撮影機関辞退届」（様式第4-5-1④）を提出しなければならない。

6 肺がん検診

(1) 基本的事項

ア 対象者

肺がん検診は、市内に居住地を有する 40 歳以上の者を対象とする。ただし、集団検診方式においては、質問（医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、(3) ア以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。）により、妊娠の可能性があると回答した者を除く。

なお、喀痰細胞診は、質問の結果が次に該当する者を対象に実施する。

- a 50 歳以上で、かつ喫煙指数（1 日本数×年数）600 以上の者（過去における喫煙者を含む。）
また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える。

イ 実施方法

肺がん検診は、医療機関方式と集団検診方式により実施する。

(2) 検診の実施

ア 検診項目

検診項目は、質問、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。

イ 検診票

「結核・肺がん検診票」（様式第 4－6 号①～②ア）または「肺がん検診票」（様式第 4－6 号①②イ）を作成する。

ウ 質問

質問に当たっては、喫煙歴、職歴、血痰の有無及び妊娠の可能性の有無を必ず聴取し、かつ過去の検診の受診状況等を聴取する。

エ 胸部エックス線検査

胸部エックス線検査は、肺がん検診に適格な胸部エックス線写真を撮影し、読影する。

適格な写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜などを十分に含むようなエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度を持ち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものであり、かつ、次のいずれかにより撮影されたものとする。

なお、胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等管理体制を整備すること。

- ①間接撮影の場合は、100mm ミラーカメラを用い、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いた、120kV 以上の管電圧による撮影
- ②間接撮影であって、定格出力 125kV の撮影装置を用い、縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため 110kV 以上の管電圧及び希土類（グラデーション型）蛍光板を用いた撮影（定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない）
- ③直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被験者―管球間の距離を 1.5m 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、原則として 120kV（やむを得ない場合は 100～120kV でも可）の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙及びオルソタイプフィルム）を用いた撮影
- ④デジタル撮影の場合は、X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート（IP）を用いた CR システム、平面検出器（FPD）もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）150cm、X 線管電圧 120～140kV、撮影 mAs 値 4mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 12-8：1 以上の条件下での撮影。

オ 胸部エックス線写真の読影及び精度管理

- (ア) 胸部エックス線写真は、2名以上の医師（うち1名は、十分な経験を有すること）が、同時に又はそれぞれ独立して読影する。

読影結果の判定は、「平成31年3月 岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会肺がん部会」作成の「岡山県の肺がん検診における胸部線検査の判定基準と指導区分」〔参考資料6〕によって行い、「d」及び「e」に該当するものについては比較読影を行う。

- (イ) 比較読影は、二重読影の結果に基づき、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較しながら読影し、次のいずれかの方法で行う。

a 2名以上の医師が比較読影を行う方法

b 二重読影を行った医師のうち指導的立場の医師が比較読影を行う方法

読影結果の判定は、「平成31年3月 岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会肺がん部会」作成の「岡山県の肺がん検診における胸部線検査の判定基準と指導区分」〔参考資料6〕によって行う。

- (ウ) 医療機関方式において、二重読影が検診医療機関において困難な場合は、市内各医師会の中に設置した胸部エックス線写真読影委員会に写真画像を提出し、二重読影を受けること。

カ 喀痰細胞診

- (ア) 喀痰細胞診を実施する者には、保存液の入った喀痰採取容器とともに「かく痰の採取法」〔参考資料7〕を配布する。喀痰は、起床時の早朝痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰とする。

- (イ) 採取した喀痰は次のいずれかの方法で固定し、処理した後パパニコロウ染色を行い、顕微鏡下で観察する。

①ホモジナイズ法、粘液融解法又は直接塗抹法により、2枚以上のスライドガラスに擦り合わせ式で塗抹するものとする。また、塗抹面積は、スライドガラス面の3分の2程度とする。

②直接塗抹法においては、粘血部、灰白色部等数箇所からピックアップし、擦り合わせ式で塗抹するものとする。

- (ウ) 検体の顕微鏡検査は、十分な経験を有する医師及び臨床検査技師を有する専門的検査機関において行い、この場合において、医師及び臨床検査技師は日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。また、同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師によりスクリーニングする。

- (エ) 専門的検査機関は、細胞診の結果について速やかに検査を依頼した者に対し通知する。喀痰細胞診の結果の判定は、「肺癌集団検診の手引き」（日本肺癌学会集団検診委員会編）の「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」〔参考資料8〕を準用して行う。

キ 肺がんの予防についての指導

喫煙の肺がん発生に対する寄与率は高く、一次予防としての禁煙等の指導及び肺がんに関する正しい知識等の啓蒙はきわめて重要である。このため、検診会場においても、受診者に対し禁煙等の指導を行うとともに、肺がんに関する正しい知識等の啓発普及を図るよう努める。

(3) 検診結果に基づく指導

検診実施機関は、原則として質問、胸部エックス線写真の読影及び喀痰細胞診の結果を総合的に判断して判定（指導）区分を決定する。なお、指導区分については「参考資料6・参考資料8」等を参考に、「要精検」又は「精検不要」に分けて判定し、次の指導を行う。

ア 「要精検」と区分された者

検診実施機関の協力を得て、「肺がん精密検診依頼書」（様式第4－6号⑦⑧⑩）をもって医療機関において速やかに精密検診を受診するよう指導する。

イ 「精検不要」と区分された者

翌年の検診受診を勧めるとともに、禁煙等日常生活上の注意を促す。

- ウ 胸部エックス線写真の読影の結果、結核等肺がん以外の疾患が考えられる者については、受診者に適切な指導を行う。

(4) 検診結果の通知

検診の結果については、総合的に判断して、精密検査の必要性の有無を附し、受診者に速やかに通知するものとする。

ア 医療機関方式

- (ア) 医療機関は「肺がん検診票」(様式第4-6号①②イ)に所見、精密検査の必要性の有無を記入し、医師会を経由して速やかに市へ送付する。また、要精検者に対しては「肺がん精密検診依頼書」(様式第4-6号⑦⑧⑩)を作成する。

- (イ) 医療機関は、受診者に検査結果に基づき必要な指導を行うとともに、要精検者に対しては「肺がん精密検診依頼書」(様式第4-6号⑦⑧⑩)により、精密検診の受診を勧奨する。なお、精密検診も併せて実施した医療機関は、「肺がん精密検診結果通知書」(様式第4-6号⑩)によって精検結果を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ報告する。

イ 集団検診方式

- (ア) 検診機関は、「結核・肺がん検診票」(様式第4-6号①～②ア)に所見、精密検診の必要性の有無を記入し、速やかに市へ送付する。

- (イ) 検診実施機関は、検診結果に基づいて「岡山市結核・肺がん検診(胸部エックス線検査)通知書」(様式第4-6号⑪)もしくは「岡山市結核・肺がん検診(胸部エックス線検査)通知書」(様式第4-6号⑪)に準ずるとして、あらかじめ市が使用を承認した結果通知様式(以下、「岡山市結核・肺がん検診(胸部エックス線検査)通知書」(様式第4-6号⑪)とあわせ、「胃がん検診通知書等」という。)を作成し、要精検者には、「肺がん精密検診依頼書」(様式第4-6号⑦⑧⑩)を作成する。

- (ウ) 市は、検診実施機関の協力を得て受診者に対し、肺がん検診通知書等により、速やかに検診結果を通知する。なお要精検者には「肺がん精密検診依頼書」(様式第4-6号⑦⑧⑩)を送付し、医療機関で速やかに受診するよう指導する。この場合、その取扱いについては特に慎重を期する。

(5) 精密検診及び結果の取扱い

- ア 市は、要精検者に対し、エックス線直接撮影、断層撮影、内視鏡検査、細胞診、組織診その他必要な検査を実施することができる医療機関で受診するよう指導する。

- イ 「肺がん精密検診依頼書」により精密検診を実施した医療機関は、精密検診の所見等を「肺がん精密検診結果通知書」(様式第4-6号⑦⑧⑩)に記入のうえ、岡山市用(様式第4-6号⑩)を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ提出するとともに、「肺がん精密検診結果通知書」(様式第4-6号⑧)を一次検診機関に送付する。岡山大学病院岡山県がん登録室は、この報告に基づき、「肺がん精密検診結果通知書」(様式第4-6号⑩)により、速やかに市へ報告する。

(6) 精密検診の受診勧奨

肺がん検診を実施した医療機関及び集団検診の実施機関から、要精検者として報告された者に対し、市は、書面の送付等により、精密検診の受診状況を勧奨する。

(7) 記録の整備

- ア 市は、継続的な保健指導に役立てるため、受診結果等を一貫して記録する。

検診の記録は氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、画像読影及び喀痰細胞診の結果、精密検査の必要性の有無等を記録する。さらに精密検査の結果がんと診断された者については、

組織型、臨床病期、治療の状況(切除の有無を含む)等について記録する。

イ 市は、検診実績を取りまとめ、報告書をもって県に報告する。

ウ 検診実施機関は、画像、検体及び検診結果等その他の関係書類を少なくとも最低5年後の年度末まで保存しなければならない。

(8) 検診実施機関

ア 検診実施機関は、適切な方法及び精度管理の下で肺がん検診が円滑に実施されるよう、チェックリスト(検診実施機関用)を参考とするなどして、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診等の精度管理に努める。

イ 検診実施機関は、喀痰細胞診を他の細胞検査センター等に依頼する場合、細胞診検査機関の細胞診専門医や細胞検査士等の人員、設備等を十分に把握し、適切な機関を選ばなければならない。

(9) 集団検診方式の注意点

検診実施機関は、病院又は診療所以外の場所で医師の立会いなく、胸部エックス線検査を実施する場合、以下の点を遵守する。

ア 検診の実施に関し、事前に胸部エックス線写真撮影を行う診療放射線技師に対して指示をする責任医師及び緊急時や必要時に対応する医師などを明示した結核・肺がん検診実施計画書(様式第4-6号⑬)を作成し、市に提出する。

イ 緊急時や必要時に医師に連絡できる体制を整備する。

ウ 胸部エックス線写真撮影時や緊急時のマニュアルを整備する。

エ 胸部エックス線検査に係る必要な機器及び体制を整備するとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備する。

オ 検診に従事する診療放射線技師が必要な教育・研修を受ける機会を確保する。

(10) 事業評価

肺がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市は、チェックリスト(市町村用)を参考にし、検診の実施状況を把握すること。その上で必要に応じ、実施体制の整備及び実施方法の改善等を行うこと。

7 大腸がん検診

(1) 基本的事項

ア 対象者

市内に居住地を有する 40 歳以上の者を対象とする。

イ 実施方法

大腸がん検診は、医療機関方式と集団検診方式により実施する。

(2) 検診の実施

ア 検査項目

検査項目は、問診及び便潜血検査とする。

イ 検診票

「大腸がん検診票」(様式第 4－7 号①②)を作成する。

ウ 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴、過去の検診受診状況等を聴取する。

エ 便潜血検査

(ア) 検査方法

免疫便潜血検査 2 日法で行う。

(イ) 測定用キット

それぞれの測定用キットの特性並びに検体処理数及び採便から測定までの時間等を勘案して、最適なものを採用する。

なお、便潜血キットが定量法の場合はカットオフ値を把握する。

(ウ) 採便方法

採便用具(ろ紙、スティックなど)を配布し、自己採便とする。

なお、採便用具の使用方法、採便量、初回採便から 2 回目までの日数、初回採便後の検体の保管方法等は、検診精度に大きな影響を与えるので採便用具の配布に際してはその旨を受診者に十分説明する。また採便用具の配布は、検体の回収日時を考慮して適切な時期に行う。

(エ) 検診票及び検体の回収

検診実施機関は、検診受診者に対して初回の検体は受診者の自宅において冷蔵保存(冷蔵庫での保存が望ましい。)し、2 回目の検体を採取した後、即日回収することを原則とすることをチラシやリーフレット等を用いて周知させなければならない。

また、検診実施機関は、期日を定めて検診票及び検体を回収し、回収した検体は、自施設で検査を行うまでの間あるいは検査施設(原則として回収後即日検査機関に引き渡す)へ引き渡すまでの間冷蔵保存しなければならない。

なお、検診受診者から検診実施機関への検体郵送は、温度管理が困難であり、検査の精度が下がるので原則として行わない。

(オ) 検体の測定

検体回収後原則として 24 時間以内に測定を行う。ただし、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く。速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存することとする。

(3) 検診結果の区分

大腸がん検診の結果は、問診結果を参考に、免疫便潜血検査結果により判定し、「精検不要」及び「要精検」に区分する。

「精検不要」と区分された者については、翌年の検診受診を勧めるとともに、主訴に応じて事後指導及び一次予防教育を実施するよう努める。

(4) 検診結果の通知等

検診の結果については、精密検査の必要性の有無を付し、受診者に速やかに通知するものとする。

ア 医療機関方式

(ア) 医療機関は、「大腸がん検診票」(様式第4-7号①②)に所見、精密検診の必要性の有無等を記入し、医師会を経由して速やかに市へ送付する。また、要精検者については、「大腸がん精密検診依頼書」(様式第4-7号⑤⑥⑧)を作成する。

(イ) 医療機関は、受診者に検診結果に基づき必要な指導を行い、要精検者に対しては「大腸がん精密検診依頼書」(様式第4-7号⑤⑥⑧)により、精密検診の勧奨を行う。

イ 集団検診方式

(ア) 検診実施機関は、「大腸がん検診票」(様式第4-7号①②)に所見、精密検診の必要性の有無等を記入し、速やかに市へ送付する。なお、要精検者には、「大腸がん精密検診依頼書」(様式第4-7号⑤⑥⑧)を作成する。

市は、検診実施機関の協力を得て受診者に対し速やかに検診結果を通知する。

なお、要精検者には、「大腸がん精密検診依頼書」(様式第4-7号⑤⑥⑧)を送付し、医療機関で速やかに受診するよう指導する。この場合、その取扱いについては特に慎重を期する。

(5) 精密検診と結果の取扱い

ア 大腸がん検診において「要精検」とされた者については、必ず精密検査を受診するよう、全ての検診受診者に周知するものとする。なお、その際には、精密検査を受診しないことにより、大腸がんによる死亡の危険性が高まるなどの科学的知見に基づき、十分な説明を行うものとする。

イ 我が国の大腸がんの死亡率及び罹患率は、40歳代後半から増加を示し、特に50歳以降の増加が著しいことから、50歳以上の者については、積極的に受診指導を行う等の重点的な対応を行うものとする。

ウ 大腸がん検診の実施に当たっては、精密検査の実施体制が整っていることが不可欠であり、精密検査の第一選択は、全大腸内視鏡検査とする。

エ 精密検査を全大腸内視鏡検査で行うことが困難な場合においては、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査(二重造影法)の併用による精密検査を実施するものとする。ただし、その実施に当たっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施するものとする。

オ 便潜血検査のみによる精密検査は、大腸がんの見落としの増加につながることから、行わないものとする。

カ 要精検者に対して精密検診を実施した医療機関は、精密検診の所見等を大腸がん精密検診結果報告書(様式第4-7号⑤⑥⑧)に記入のうえ、岡山市用(様式第4-7号⑧)を速やかに岡山大学病院岡山県がん登録室へ提出するとともに、「大腸がん精密検診結果通知書」(様式第4-7号⑥)を一次検診機関に送付する。

キ 岡山大学病院岡山県がん登録室は、この報告に基づき「大腸がん精密検診結果通知書」(様式第4-7号⑧)により市へ報告する。

ク 精密検査の結果の市町村への報告などの個人情報の取扱いについて、受診者に対し十分な説明を行う。

(8) 記録の整備

ア 検診の記録は、氏名、性別、年齢、住所、過去の検診受診状況、受診指導の記録、検診結果、精密検査の必要性の有無等を記録する。

また、市は、継続的な保健指導に役立てるため、受診結果等を一貫して記録する。

イ 実施報告

市は、検診実績を取りまとめ、報告書をもって県へ報告する。

ウ 検診実施機関は、検診結果その他の関係書類を少なくとも5年後の年度末まで保存しなければならない。

(9) 事業評価

大腸がん検診の実施に当たっては、適切な方法及び精度管理の下で実施することが不可欠であることから、市は、チェックリスト（市町村用）を参考にし、検診の実施状況を把握すること。その上で必要に応じ、実施体制の整備及び実施方法の改善等を行うこと。検診実施機関は、チェックリスト（検診実施機関用）を参考とするなどして、便潜血検査等の精度管理に努める。

8 歯周病検診

(1) 目的

歯周病検診は、高齢期における健康を維持し、食べる楽しみを享受できるよう、歯の喪失を予防することを目的とする。

(2) 基本的事項

ア 対象者

歯周病検診は、市内に居住地を有する 30 歳、40 歳、50 歳の者で、職場等で受診の機会のない者を対象とする。

イ 実施方法

歯周病検診は、指定歯科医療機関において、医療機関方式により実施する。

(3) 歯周病検診の実施

ア 歯周病検診票

「歯周病検診票」(様式第 4-13 号①②③)を作成する。

イ 検診項目

検査の項目は問診及び口腔内検査とする。

(ア) 問 診

歯周病に関連する自覚症状の有無の内容等を聴取する。

(イ) 口腔内検査

歯及び歯肉等口腔内の状況について検査する。

(4) 検診結果の判定

「歯周病検診マニュアル」に基づき、「異常なし」、「要指導」及び「要精密検査」に区分する。

(5) 歯科保健指導等

判定区分につき、それぞれ次の内容の指導を行う。

ア 「要指導」と区分されたもの

口腔内検査の結果から、歯科疾患の予防等に関する指導を行う。

イ 「要精密検査」と区分されたもの

歯科医療機関を受診するよう指導する。

(6) 結果の通知

指導区分を付し、受診者に速やかに通知する。

(7) 記録の整備

ア 検診の記録は、氏名、年齢、住所、検診の結果、指導、歯周病検診の指導区分、精密検査の必要性の有無等を記録する。必要に応じ、治療の状況や事後の指導等その他必要な事項についても記録する。

イ 検診結果および関係書類は、最低 5 年後の年度末まで保存しなければならない。

(8) 指定歯科医療機関

ア 指定歯科医療機関は、「歯周病検診票」に口腔内診査結果等を記入し、市内歯科医師会連合会を経由して、速やかに市へ送付するものとする。

イ 市内歯科医師会連合会は、検査結果を速やかに市に報告しなければならない。

ウ 指定歯科医療機関は、歯周病検診の精度を向上させるため、検診機器の保守点検、整備及び

検診従事者の資質の向上に努めなければならない。

(9) 実績報告

市は、検診実績をとりまとめ、報告書でもって国に報告する。

(10) その他

ア 詳細については、別途「歯周病検診マニュアル」によって定める。

イ 健康教育、健康相談及び訪問指導等他の保健事業と有機的に連携することにより、適切な指導等が行われるよう配慮するものとする。

9 口腔機能健診

(1) 目 的

口腔機能健診は、疾病の発見だけでなく、口腔機能低下による嚥下性肺炎等を予防し、口腔機能の維持・向上を図り、高齢者の健康な生活を確保する目的で実施する。

(2) 基本的事項

ア 対象者

口腔機能健診は、市内に居住地を有する 60 歳、70 歳、76 歳、80 歳の者を対象とする。

イ 実施方法

口腔機能健診は、指定歯科医療機関において、医療機関方式により実施する。

(3) 口腔機能健診の実施

ア 口腔機能健診票

「口腔機能健診票」(様式第 4-14 号①②③)を作成する。

イ 検診項目

検査の項目は問診、口腔内検査、口腔機能評価とする。

(ア) 問 診

自覚症状の有無の内容等を聴取する。

(イ) 口腔内検査

歯及び歯肉等口腔内の状況について検査する。

(ウ) 口腔機能評価

舌機能、嚥下機能等について検査する。

(4) 検診結果の判定

「口腔機能健診マニュアル」に基づき、「問題なし」、「要指導」及び「要精密検査」に区分する。

(5) 歯科保健指導等

判定区分に基づき、それぞれ次の内容の指導を行う。

ア 「要指導」と区分されたもの

口腔内検査および口腔機能評価の結果等から、歯科疾患の予防等に関する指導を行う。

イ 「要精密検査」と区分されたもの

精密検査や治療のため、歯科医療機関を受診するよう指導する。

(6) 結果の通知

判定区分を付し、受診者に速やかに通知する。

(7) 記録の整備

ア 健診の記録は、氏名、年齢、住所、健診の結果、口腔機能健診の指導区分等を記録する。必要に応じ、治療の状況や事後の指導等その他必要な事項についても記録する。

イ 健診結果および関係書類は、最低 5 年後の年度末まで保存しなければならない。

(8) 指定歯科医療機関

ア 指定歯科医療機関は、「口腔機能健診票」に口腔内検査結果等を記入し、市内歯科医師会連合会を経由して、速やかに市へ送付するものとする。

イ 市内歯科医師会連合会は、検査結果を速やかに市に報告しなければならない。

ウ 指定歯科医療機関は、口腔機能健診の精度を向上させるため、健診機器の保守点検、整備及び健診従事者の資質の向上に努めなければならない。

(9) 実績報告

市は、健診実績をとりまとめ、報告書でもって国に報告する。

(10) その他

ア 詳細については、別途「口腔機能健診マニュアル」によって定める。

イ 保健事業や介護予防事業等と有機的に連携することにより、適切な指導等が行われるよう配慮するものとする。

第7 訪問指導

1 目 的

療養上の保健指導が必要であると認められる者及びその家族等に対して、保健師等が訪問して、その健康に関する問題を総合的に把握し、必要な指導を行い、これらの者の心身機能の低下の防止と健康の保持増進を図ることを目的とする。

2 対象者

市内に居住地を有する40歳から64歳までの者であって（現に特定保健指導又は健康増進法施行規則第4条の2の保健指導の対象となっている者を除く。）、市が実施する特定健康診査及び健康増進法施行規則第4条の2に定める健康増進事業等において、その心身の状況、その置かれている環境等に照らして療養上の保健指導が必要であると認められるものを対象とする。

- （1）健康診査等で健康管理上訪問指導が必要と認められる者
- （2）保健・福祉・医療サービスの調整が必要なケース
- （3）その他必要と認められるもの

3 訪問担当者

訪問担当者は、保健師、訪問指導員、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士等とする。

4 訪問実施手順

（1）訪問対象者の把握及び名簿の作成

本人及びその家族からの相談、特定保健指導その他の保健事業の実施に伴う情報、医療機関、福祉関係機関、民間団体、愛育委員会等の住民組織、ホームヘルパー、民生委員等からの依頼等に基づき、対象者を把握する。

（2）初回訪問指導の実施と訪問指導計画の策定

初回訪問指導は原則として保健師が行い、対象者及び家族の状況（心身の状態、既往歴、生活習慣、栄養状態、口腔衛生状態、家族の介護等の状況、生活環境等）を把握する。その後、必要に応じて管理栄養士、歯科衛生士、理学療法士等と協議の上、訪問指導の目標、内容その他必要な事項からなる訪問指導計画を策定する。

（3）訪問指導の内容

訪問指導の内容は、おおむね次の事項とする。

ア 家庭における療養方法に関する指導

栄養、運動、口腔衛生その他家庭における療養方法に関する指導

イ 介護を要する状態になることの予防に関する指導

閉じこもりの予防、転倒の予防その他の介護を要する状態になることの予防のために必要な指導

ウ 家族介護を担う者の健康管理に関する指導

エ 生活習慣病の予防等に関する指導

オ 関係諸制度の活用方法等に関する指導

医療、保健、福祉その他の諸制度及びサービスの活用方法等に関する情報提供、相談、指導
及び調整

カ 認知症に関する正しい知識、緊急の場合の相談先等に関する指導

キ その他健康管理上必要と認められる指導

5 受診して医療機関の医師（以下、「かかりつけ医」とする。）との連携

疾病等を有する者に対する訪問指導に際しては、かかりつけ医との連携を図り、その指導のもとに実施する。

6 関係者及び関係機関との協力と連携

（１）医療保険により、訪問看護若しくは訪問リハビリテーションを受けている者、又は介護保険において要介護者等である者に対して訪問指導を実施する場合には、訪問看護及び訪問リハビリテーションと内容的に重複するサービスについては行わないことを原則とし、それらのサービス提供者等と連携を十分に図る。

（２）認知症高齢者に対する訪問指導の実施については、精神保健相談事業等との連携を図る。

（３）本事業の訪問指導は、健康管理上の観点から行うものであるが、国民健康保険や後期高齢者医療保険が医療費適正化対策として実施する重複・頻回受診者に対する訪問指導や保健事業と対象者が重複し得ることから、効果的な指導が実施されるよう連携を図ること。

（４）この事業を円滑かつ効率的に推進するために、緊急時の措置についてあらかじめ医師会、関係医療機関等と協議するほか、ホームヘルパー、民生委員その他の関係者との連携及び、福祉関係機関、居宅サービス事業者、居宅介護支援事業者、民間団体、ボランティアその他の住民組織等との連携を図り、必要な協力を得る。また、必要に応じて地域ケア会議等の活用を図る。

7 記録の整備と評価

訪問指導記録を作成し、事後の訪問指導に資するとともに問題状況の推移を把握し、訪問等の実施の方法や内容が適切なものであったかどうか検討し、その後の改善に努める。

8 訪問指導の研修

訪問指導に従事する保健師等の資質を向上させるため、県等が計画する研修会に参加する機会を与えるよう努める。

第8 訪問指導員の家庭訪問

1 趣 旨

前項の訪問指導の要領に従い訪問指導員に訪問指導を委託し、訪問指導を実施する場合の必要な事項を定める。

2 訪問指導員の資格

訪問指導員は次の資格を満たしている者のうちから、市長が委嘱する。

- (1) 保健師又は看護師の資格を有している者
- (2) 心身ともに健康である者
- (3) 地域における寝たきり者等の看護に理解と熱意を有する者

3 訪問指導の実施

- (1) 市長は訪問指導員に対し、「訪問指導員証」(様式第6－5号)を発行し、身分を明確にする。
- (2) 初回訪問指導は、原則として保健師が行い、「訪問指導記録」を作成し二度目以降の訪問指導を訪問指導員に実施させる。
- (3) 訪問指導員は、訪問終了後、速やかに「訪問指導実施記録」を作成し報告する。

4 保健師との連携

訪問指導員は、訪問指導実施前後に担当保健師と患者について十分話し合い、訪問計画、実施計画を立てる。

5 訪問指導員の義務

- (1) 訪問指導員は、訪問指導時に「訪問指導員証」(様式第6－5号)を携帯しなければならない。
- (2) 訪問指導員は、業務上知り得た秘密を守り、他に漏らしてはならない。
- (3) 訪問指導員は、健康診断を毎年1回受診し、結果を報告しなければならない。

第9 地域支援事業との連携

以下の事業については、市内に居住地を有する40歳から64歳までの者を対象として健康増進事業等を実施することとしているが、65歳以上の者については、介護予防の観点から地域支援事業において適切に実施されることから、担当部局との十分な連携を図ること。

- 1 健康教育
- 2 健康相談
- 3 訪問指導

また、地域支援事業において実施する上記3事業の実施内容については、本実施要領の以下に定める内容に準じることとする。

- 第4 健康教育
- 第5 健康相談
- 第7 訪問指導

第10 健康づくり事業の推進

健康づくり事業は、すべての市民が健康で、心豊かに生きられるまちを目指した「健康市民おかやま21」を推進しその目標を効果的に達成するために、生活習慣病予防を中心とした疾病予防、健康づくりの普及啓発、相談及び情報提供を行うこととする。健康づくり事業には禁煙及び受動喫煙防止のたばこ対策を含み、市民が主体的に健康づくりに取り組めるよう支援し以下の内容について実施する。

- 1 講話形式の講演会
- 2 体験・演習形式の教室
- 3 健康づくり等の催事で実施する啓発活動
- 4 健康相談
- 5 健康づくり推進に関する連携会議

参 考 資 料 等

「詳細な健診」項目の選定について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する（基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。）その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を保険者へ示すと共に、受診者に説明すること。

なお、ほかの医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

（1）12 誘導心電図

- 当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

（2）眼底検査

- 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者*
 - ①血圧 a 収縮期血圧 140mmHg以上
 - b 拡張期血圧 90mmHg以上
 - ②血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl以上
 - b HbA1c（NGSP） 6.5%以上
 - c 随時血糖 126mg/dl以上

（3）貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

（4）血清クレアチニン検査

- 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者
 - ①血圧 a 収縮期血圧 130mmHg以上
 - b 拡張期血圧 85mmHg以上
 - ②血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl以上
 - b HbA1c（NGSP） 5.6%以上
 - c 随時血糖 100mg/dl以上

*眼底検査は、当該年度の特健康診査の結果等のうち、（2）①のうちa、bのいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特健康診査の結果等において、血糖検査の結果が（2）②のうちa、b、cのいずれかの基準に該当した者も含む。

〔参考資料２〕「令和６年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」

（令和５年１１月１６日付健生発 1116 第２号・保発 1116 第１号）関係部分を抜粋し、「第一（２）エ」、「第一 2(5)血糖検査」の一部を岡山市特定健康診査に合うように一部改変し（下線部）、「第一（11）イ」、「第二 特定健康診査の結果通知」、「第三 特定保健指導」の全文を省略した。

第一 特定健康診査

１ 特定健康診査を受診する者に対する事前の通知について

特定健康診査の受診者に対し、特定健康診査を実施する前に、次の(1)及び(2)について通知しておくこと。

(1) 特定健康診査の意義

特定健康診査は、自分自身の健康状態を認識できる機会であることや、日頃の生活習慣が特定健康診査の結果に表れてくるものであるということ。

(2) 検査前の食事の摂取、運動について

ア アルコールの摂取や激しい運動は、特定健康診査の前日は控えること。

イ 午前中に特定健康診査を実施する場合は、空腹時血糖、空腹時中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、特定健康診査前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。

ウ 午後に特定健康診査を実施する場合は、ヘモグロビンA1c 検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、特定健康診査まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。

エ やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うこと。

２ 特定健康診査の実施方法及び判定基準について

(1) 既往歴の調査

高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。

(2) 腹囲の検査

ア 立位、軽呼吸時において、臍（へそ）の高さで測定すること。

イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定すること。

ウ より詳細については、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所のホームページ（※１）において示されているので、これらを参考とすること。

※１ <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/kokucho.html>

(3) 血圧の測定

ア 測定回数は、原則２回とし、その２回の測定値の平均値を用いること。ただし、実施状況に応じて、１回の測定についても可とする。

イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第７版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編。以下同じ。）等）が示されているので、これを参考とすること。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いること。

イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心分離すること。

ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定すること。

エ 血中脂質検査の測定方法については、トレーサビリティ（検査測定値について、測定の基準となる標準物質に合わせられることをいう。以下同じ。）のとれた可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。なお、LDLコレステロールの値は、中性脂肪の値が400mg/dl以上又は食後採血の場合を除き、フリードワルド式を用いて算出することができ、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合は、Non-HDLコレステロールの値を用いて評価することができる。ただし、LDLコレステロールの直接測定法も可。LDLコレステロール（フリードワルド式）及びNon-HDLコレステロールの値は、次式により算出する。

① LDLコレステロール（フリードワルド式）（mg/dl）＝総コレステロール（mg/dl）－HDLコレステロール（mg/dl）－空腹時中性脂肪（mg/dl）/5

② Non-HDLコレステロール（mg/dl）＝総コレステロール（mg/dl）－HDLコレステロール（mg/dl）

オ やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。なお、空腹時とは、絶食10時間以上とする。

カ 肝機能検査の測定方法については、AST（GOT）及びALT（GPT）検査については、トレーサビリティのとれた紫外吸光光度法等によるとともに、γ-GT（γ-GTP）検査については、トレーサビリティのとれた可視吸光光度法等によること。

(5) 血糖検査

次の方法により行うこと。なお、空腹時に採血が行えなかった場合には、ヘモグロビンA1c検査のみを実施すること。

ア 血中グルコースの量の検査

①空腹時血糖であることを明らかにすること。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とすること。

②原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いること。

③採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和すること。

④混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離して測定すること。

⑤遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定すること。

⑥測定方法については、トレーサビリティのとれた電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。

イ ヘモグロビンA1c検査

①フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。

②採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和すること。

③混和後、採血管は、冷蔵で保管すること。

④採血後、48時間以内に測定すること。

⑤測定方法については、トレーサビリティのとれた免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等によること。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

ア 原則として、中間尿を採尿すること。

イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定すること。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック 第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(7) 貧血検査

ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。

イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かすこと。

ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定すること。

(8) 心電図検査

ア 安静時の標準12誘導心電図を記録すること。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック 第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(9) 眼底検査

ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施すること。

イ 高血糖者に対しては、原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載すること。

ウ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック 第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(10) 血清クレアチニン検査

ア 血清クレアチニン検査については、可視吸光光度法（酵素法）等によること。

イ eGFRにより腎機能を評価すること。

ウ eGFRは、次式により算出する。

$$\text{男性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.049} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

$$\text{女性：eGFR (ml/分/1.73m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.049} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

(11) その他

ア 現在の生活習慣、過去の健康診査の受診状況、家族歴等について、必要に応じて質問票等により聴取すること。

健康診査判定基準

	項目名	保健指導判定値	受診勧奨判定値	単位
1	収縮期血圧	≧130	≧140	mmHG
2	拡張期血圧	≧85	≧90	mmHG
3	空腹時中性脂肪	≧150	≧300	mg/dl
4	随時中性脂肪	≧175	≧300	mg/dl
5	HDL コレステロール	<40	—	mg/dl
6	LDL コレステロール	≧120	≧140	mg/dl
7	Non-HDL コレステロール	≧150	≧170	mg/dl
8	空腹時血糖	≧100	≧126	mg/dl
9	HbA1c(NGSP)	≧5.6	≧6.5	%
10	随時血糖	≧100	≧126	mg/dl
11	AST(GOT)	≧31	≧51	U/L
12	ALT(GPT)	≧31	≧51	U/L
13	γ-GT(γ-GTP)	≧51	≧101	U/L
14	eGFR	<60	<45	ml/min/1.73m ²
15	血色素量 [ヘモグロビン値]	≦13.0(男性) ≦12.0(女性)	≦12.0(男性) ≦11.0(女性)	g/dl
16	血清アルブミン	≦4.0	≦3.6	g/dl

※1～15 のデータ基準については「標準的な健診・保健指導プログラム令和6年度版」に基づく。

※16 は「岡山市後期高齢者低栄養予防保健指導・受診勧奨事業実施基準」に基づく。

◆ 総合判定

各検査所見、生活習慣、現病歴、既往歴などを総合的に考え、各疾患についての総合判定「異常なし」「要指導」「要精検・治療」をつける。

現在受療（医療機関での検査または治療）中の者は、原則として「要精検・治療」と判定する。

◆ 各所見の判定

1. 血圧

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	収縮期血圧 ≥ 160 mmHg 又は拡張期血圧 ≥ 100 mmHg	①すぐに医療機関の受診を	
		140mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 160 mmHg 又は 90mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 100 mmHg	②生活習慣を改善する努力をした上で、 数値が改善しないなら医療機関の受診を	
	保健指導判定値を超えるレベル	130mmHg $\leq$ 収縮期血圧 < 140 mmHg 又は 85mmHg $\leq$ 拡張期血圧 < 90 mmHg	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
正常 ↓	保健指導判定値未満のレベル	収縮期血圧 < 130 mmHg かつ 拡張期血圧 < 85 mmHg	⑤今後も継続して健診受診を	

【参考 降圧目標】

	診察室血圧	家庭血圧
75歳未満の成人 脳血管障害患者（両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞なし） 冠動脈疾患患者 CKD患者（蛋白尿陽性） 糖尿病患者 抗血栓薬服薬中	130/80mmHg 未満	125/75mmHg 未満
75歳以上の高齢者 脳血管障害患者（両側頸動脈狭窄や脳主幹動脈閉塞あり、または未評価） CKD患者（蛋白尿陰性）	140/90mmHg 未満	135/85mmHg 未満

注 降圧目標を達成する過程ならびに達成後も過降圧の危険性に注意する。過降圧は、到達血圧のレベルだけでなく、降圧幅や降圧速度、個人の病態によっても異なるので個別に判断する。

*データ基準は、日本高血圧学会「高血圧治療ガイドライン2019」に基づく。

2. 脂質

健診判定			対応	
			肥満者の場合	非肥満者の場合
異常 ↑	受診勧奨判定値を超えるレベル	LDL-C ≥ 180 mg/dL 又は TG ≥ 500 mg/dL （※空腹時、随時を問わない）	①早期に医療機関の受診を	
		140mg/dL $\leq$ LDL-C < 180 mg/dL 又は 300mg/dL $\leq$ TG < 500 mg/dL（※空腹時、随時を問わない）	②生活習慣を改善する努力をした上で、医療機関の受診を	
	保健指導判定値を超えるレベル	120mg/dL $\leq$ LDL-C < 140 mg/dL 又は 空腹時 150mg/dL（随時 175mg/dL） $\leq$ TG < 300 mg/dL 又は HDL-C < 40 mg/dL	③特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を	④生活習慣の改善を
正常 ↓	基準範囲内	LDL-C < 120 mg/dL かつ TG $<$ 空腹時 150mg/dL（随時 175mg/dL） かつ HDL-C ≥ 40 mg/dL	⑤今後も継続して健診受診を	

3. 血糖

健診判定				対応			
				肥満者の場合		非肥満者の場合	
		血糖 (mg/dL)	HbA1c (NGSP)(%)	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*	糖尿病治療中*	糖尿病未治療*
異常 ↑ ↓ 正常	受診勧奨判定値を超えるレベル	126～	6.5～	①受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	②定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を	③受診継続、血糖マネジメントについて確認・相談を	④定期的に医療機関を受診していなければすぐに医療機関受診を
	保健指導判定値を超えるレベル	110～125	6.0～6.4	④受診継続	⑤特定保健指導の積極的な活用と生活習慣の改善を、また、精密検査を推奨	⑥受診継続	⑦生活習慣の改善をぜひ精密検査を
		100～109	5.6～5.9				⑧生活習慣の改善をリスクの重複等あれば精密検査を
	基準範囲内	～99	～5.5		⑨肥満改善と健診継続を		

*「標準的な質問票」の「2 b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射の使用の有無」に対する回答による。

4. 心電図検査

「循環器病予防ハンドブック(日本循環器病予防学会)」を参照し、判定すること。

5. 眼底検査

血圧上昇に伴う眼底変化の構成要素は、高血圧性変化と細動脈硬化である。高血圧性所見(H)とは、狭細、口径不同、出血、白斑、乳頭浮腫であり、動脈硬化性所見(S)とは、細動脈血管反折増強、交叉現象である。

<Keith-Wagener 分類(慶大)変法>

眼 底 病 名	群 別		眼 底 所 見
眼 底 正 常	O 群		所見なし
高血圧性眼底	I 群		網膜動脈の軽度の狭細および硬化 (Scheie I 度)
	II 群	a	動脈硬化が明らかとなり (Scheie II 度以上) 狭細も I 群に比し高度となる。
		b	上記に加えて、動脈硬化性網膜症または網膜静脈血栓がある。
高血圧性網膜症	III 群		著明なる動脈硬化に加えて、血管攣縮性網膜症がある。すなわち、網膜浮腫、綿花状白斑、出血が認められ、動脈の狭細が著しい。
	IV 群		上記 III 群所見に加えて、測定可能の程度以上の乳頭浮腫がある。

<Scheie 分類>

程度	硬化性変化 (S)	高血圧性変化 (H)
1 度	動脈血柱反射が増強している。 軽度の動静脈交叉現象がみられる。	網膜動脈系に軽度のびまん性狭細化をみるが 口径不動は明らかでない。動脈の第二分岐以下 ではときに高度の狭細化もありうる。
2 度	動脈血柱反射の高度増強があり、動静脈 交叉現象は中程度となる。	網膜動脈のびまん性狭窄は軽度または高度、こ れに加えて明白な限局性狭細も加わって、口径 不動を示す。
3 度	銅線動脈、すなわち血柱反射増強に加え、 色調と輝きも変化し銅線状となる、動静 脈交叉現象は高度となる。	動脈の狭細と口径不動はさらに著明（高度）と なって、糸のように見える。網膜面に出血と白 斑のいずれか一方あるいは両方が現れる。
4 度	血柱の外観は銀線状（銀線動脈）。ときに は白線状となる。	第3度の所見に加えて、種々程度の乳頭浮腫が みられる。

ベセスダシステム 2001に準拠した子宮頸部細胞診報告様式

ベセスダシステム	略語	推定される病理診断	日母分類	取扱い（参考）
陰性	NILM	非腫瘍性所見、炎症	I, II	異常なし：定期検査
意義不明な 異型扁平上皮細胞	ASC-US	軽度扁平上皮内病変 疑い	II/IIIa	要精検： ①HPV テストによる判定が望ましい。 陰性：1 年後に細胞診 HPV 併用検査 陽性：コルポ、生検 ②HPV テスト非施行 6 カ月以内細胞診再検査
HSIL 除外できない 異型扁平上皮細胞	ASC-H	高度扁平上皮内病変 疑い	III/III b	要精検：コルポ、生検
軽度扁平上皮内病変	LSIL	HPV 感染 軽度異形成	IIIa	要精検：コルポ、生検
高度扁平上皮内病変	HSIL	中等度異形成 高度異形成 上皮内癌	IIIa IIIb IV	要精検：コルポ、生検
扁平上皮癌	SCC	扁平上皮癌（微小浸 潤癌を含む）	V	要精検：コルポ、生検
異型腺細胞	AGC	腺異形成、腺系病変疑 い	III	要精検：コルポ、生検、頸管内膜 細胞診または組織診
上皮内腺癌	AIS	上皮内腺癌	IV	要精検：コルポ、生検、頸管内膜 細胞診または組織診
腺癌	Adenocarcinoma	腺癌	V	要精検：コルポ、生検、頸管内膜 細胞診または組織診
その他の悪性腫瘍	other	その他の悪性腫瘍	V	要精検：病変検索

マンモグラフィ判定(カテゴリー分類)

カテゴリー1:異常なし

カテゴリー2:良性

カテゴリー3:良性、しかし悪性を否定できず

カテゴリー4:悪性の疑い

カテゴリー5:悪性

(カテゴリー3以上は要精検としてください)

岡山県の肺がん検診における胸部 X 線検査の判定基準と指導区分

二重読影時の 仮判定区分	比較読影を含む 決定判定区分	X 線所見	二重読影時の 仮指導区分	比較読影を含む 決定指導区分
a	A	「読影不能」 撮影条件不良、現像処理不良、位置付不良、フィルムのキズ、アーチファクトなどで読影不能のもの。	再撮影	
b	B	「異常所見を認めない」 正常亜型(心膜傍脂肪組織、横隔膜のテント状・穹窿状変形、胸膜下脂肪組織による随伴陰影、右心縁の二重陰影など)を含む。	定期検診	
c	C	「異常所見を認めるが精査を必要としない」 陳旧性病変、石灰化陰影、繊維性変化、気管支拡張像、気腫性変化、術後変化、治療を要しない奇形などで、精査や治療を必要としない、あるいは急いで行う必要がないと判断できる陰影。		
d	D	「異常所見を認め、肺癌以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」 肺癌以外の疾患を疑うが、急いで精密検査や治療を行わないと、本人や周囲の人間に大きな不利益があるようなもの。疾患が疑われても急いで精査や治療を必要としない場合には「C」と判定する。肺癌を少しでも疑う場合には「E」に分類する。肺癌検診としての「スクリーニング陽性」は「E」のみである(下記注を参照のこと)。	比較読影	肺癌以外の該当疾患に対する精査
d1	D1	「活動性肺結核」 治療を要する肺結核を疑う。		
d2	D2	「活動性非結核性肺病変」 肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う。		
d3	D3	「循環器疾患」 大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う。		
d4	D4	「石綿関連所見」 胸膜プラーク、中皮腫、石綿肺、びまん性胸膜肥厚などの石綿関連所見で治療を要する状態を疑う。		
d5	D5	「その他」 縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う。		
e	E	「肺癌の疑い」 孤立性陰影、陳旧性病変に新しい陰影が出現、肺門部の異常(腫瘤影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など)、気管支の狭窄・閉塞による二次変化(肺炎・無気肺など)、その他肺癌を疑う所見。したがって「E」には、肺炎や胸膜炎の一部も含まれることになる。転移性肺腫瘍を疑う所見は「E」に分類する(ただし、転移性肺腫瘍は発見肺癌には含めない)。「E2」の場合には、至急呼び出しによる受診勧奨なども含め、精密検査に関する受診勧奨をより強く行うことが望ましい。		肺癌に対する精査
e1	E1	「肺癌の疑いを否定し得ない」		
e2	E2	「肺癌を強く疑う」		

- 1) 仮判定で「d」又は「e」に区分されたものについては、過去のX線写真との比較読影を行い(A～E)を決定する。
ただし、過去のX線写真がないために比較読影ができない場合は、仮判定をそのまま決定判定として差し支えない。
- 2) 比較読影後の決定指導区分において、E1 判定とは、極めてわずかでも肺癌を疑うものを意味し、E2 判定とは、肺癌を強く疑うものを意味する。一方、D 判定は、肺癌以外の疾患を疑うものを意味する。
- 3) 肺がん検診の胸部X線検査における要精検者とは、比較読影を含む決定指導区分における E 及び E2 を指す。
- 4) 比較読影後の決定指導区分における D 判定は肺がん検診としての要精検者とは認めない。
- 5) 肺がん検診における胸部X線検査での要精検者数とは、E1 と E2 の合計数を意味する。
- 6) 肺がん検診における肺がん確診患者数(検診発見肺癌)とは、E1 及び E2 判定となった要精検者の中から原発性肺癌と確診された患者数を意味する。
- 7) したがって、D 判定者の中から肺癌が発見されたとしても、検診発見肺癌とは認めない。

かく痰の採取法

- 1 早朝の痰を 3 日間、容器に採取してください。連続 3 日でなくても結構です。
- 2 うがいにより口腔内を洗浄してから採取してください。また、歯ブラシの使用は出血のおそれがありますので、歯みがきの前に採取してください。
- 3 早朝起床時に深呼吸・カラ咳・咳払いをし、のどの奥から痰を出すようにしてください。
- 4 痰が出にくいときは、冷たい空気をおもいきり吸い込むか、熱湯の湯気を吸い込んで、強く大きくせき込む等こころみてください。
- 5 かく痰は容器内の保存液にしっかりと浸かるようにし、採取の都度ふたを確実にしめ、よくふってください。
- 6 かく痰は、胸部エックス線検査受診日から 2 週間以内にご提出ください。

集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分

判定区分	細胞所見	指導区分
A	喀痰に組織球を認めない	材料不適、再検査
B	正常上皮細胞のみ 基底細胞増生 細胞異型軽度の扁平上皮化生 繊毛円柱上皮増生	現在異常を認めない 次回定期検査
C	細胞異型中等度の扁平上皮化生、又は核の増大 や濃染を伴う円柱上皮増生	程度に応じて 6 ヶ月 以内の再検査と追跡
D	細胞異型高度の扁平上皮化生、または悪性腫瘍 の疑いある細胞を認める	ただちに精密検査
E	悪性腫瘍細胞を認める	

- 注 1) 個々の細胞ではなく、喀痰 1 検体の全標本に関する総合判定である。
- 2) 全標本上の細胞異型の最も高度な部分によって判定するが、異型細胞少数例では再検査を考慮する。
- 3) 扁平上皮細胞の異型度の判定は異型扁平上皮細胞の判定基準写真を参照して行う。
- 4) 再検査とは検体が喀痰ではない場合に再度検査を行うことを意味する。
- 5) 追加検査とは C 判定の場合に喀痰検査を追加して行うことを意味する。
- 6) 再検査や追加検査が困難なときには、次回定期検査の受診を勧める。

喀痰細胞診における扁平上皮化生細胞の判定基準

判定区分 (B・C・D)	出現様相	細胞質染色性		細胞形	細胞の 大小不同	NC比	核形	核の 大小不同	核縁	クロマチン像			核小体	多核細胞
		ライト グリーン	ニオシン・ オレンジ							増量	パターン	分布		
軽度異型 扁平上皮 化生細胞 (B)	敷石状・平面的 細胞集団 結合性の緩い 細胞集団	淡 染 等 均 等	淡 染 等 均 等	多边形 ときに 類円形	軽 度	小 3 中	類円形 ときに 不整形	軽 度 2 中等度	滑 等 円 均	軽 度	細・ 均質 無構造	ほぼ 均等 疎	不 明 — 小	まれ
中等異型 扁平上皮 化生細胞 (C)	結合性の緩い 細胞集団 孤立散在性 まれに対細胞	淡 染 等 均 等	淡 染 等 均 等	多边形 ときに 不整形	軽 度 2 中等度	小 3 中	類円形 ときに 不整形	軽 度 2 中等度	滑 円 やや不整 ほぼ均等	軽 度 4 中等度	細・ 中顆粒 均質 無構造	ほぼ 均質 疎	不 明 — 中	ときどき 核は ほぼ同大
高度異型 扁平上皮 化生細胞 (D)	不規則な 細胞集団 孤立散在性 しばしば 対細胞	淡 染 等 均 等	1) 過 染 質 等 均 不 均 等	類円形 ときに 不整形	軽 度 2 中等度	小 — 大	類円形 ときに 不整形	軽 度 2 中等度	滑 — 整 質 厚 円 不 均 肥	4) 中等度 まれに 高度	細・粗・ 均質 無構造	やや 不均等 疎 — やや 密	不 明 — 中	しばしば 核に 大小不同

- 注
- 1) 過染とは彩度の高い鮮やかな染色性のものと、暗調濃染性のものとをあらわす。
 - 2) 大小不同中等度とは細胞径、核径共、2倍大位のばらつきをあらわす。
 - 3) NC比 中 とはライトグリーン好性細胞で1/2、ニオシン・オレンジ好性細胞1/3とする。
 - 4) クロマチン増量中等度とは好中球核の染色性と同程度の核濃度のものをさす。
 - 5) ゴシックク体太字は重視すべき細胞所見である。(細胞質染色性、NC比、クロマチン像)
 - 6) 判定区分Dには1部癌が含まれる。
 - 7) この表は集検にも用いよう。

日本消化器がん検診学会「胃X線検診のための読影判定区分」（カテゴリー分類）

カテゴリー	カテゴリーの説明	管理区分
1	胃炎・萎縮の無い胃	精検不要
2	慢性胃炎を含む良性病変	
3a	存在が確実でほぼ良性だが、精検が必要な所見	要精検
3b	存在または質的診断が困難な所見	
4	存在が確実で悪性を疑う所見	
5	ほぼ悪性と断定できる所見	

がん精密検診を行う医療機関の基準及び審査機関等

	審査機関等(提出先)
胃がん	岡山県消化管精密検診施設委嘱審議会(岡山県医師会 会員福祉課)
大腸がん	岡山県消化管精密検診施設委嘱審議会(岡山県医師会 会員福祉課)
肺がん	岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会 肺がん部会(岡山県 健康推進課)
乳がん	岡山県生活習慣病検診等管理指導協議会 乳がん部会(岡山県 健康推進課)
子宮がん	※産婦人科専門医療機関で精検を受診することとし、指定はしていない

胃がん精密検診機関

胃がん精密検診機関は、次のすべての条件を満たすこと。

- 1.胃精密検診に相当の経験を有し、医師会の主催する研修会を終了した医師が常勤する施設であること。
- 2.精密検査を行うことができるレントゲン装置を有すること。
- 3.胃内視鏡の設備を有すること。
- 4.できれば生検設備(細胞診)を有すること。

大腸がん精密検診機関

大腸がん精密検診機関は次のすべての条件を満たすこと。

- 1.全大腸内視鏡検査又はS状結腸内視鏡検査ができること。
- 2.注腸エックス線検査(二重造影法)ができること。
- 3.十分な経験を有する医師の勤務する医療機関であること。

肺がん精密検診機関

肺がん精密検診機関は、次のすべての条件を満たすこと。

- 1.エックス線検査の能力を有すること。
 - ア.エックス線撮影装置は、次の装置を有すること。
 - ・高電圧撮影装置(定格出力150KV)
 - ・コンピュータ断層撮影装置(CT)
 - イ.放射線科医、呼吸器関連学会の認定医又は専門医、指導医が勤務していること。
 - ウ.診療放射線技師は、(特非)日本 X 線 CT 専門技師認定機構認定の X 線 CT 認定技師、(特非)日本CT 検診学会認定の肺がんCT検診認定技師、(公社)日本診療放射線技師会認定のX線CT検査技能検定合格者等のCT専門技師が望ましい。
- また、(公社)岡山県診療放射線技師会開催の研修会又は関連する学会に1回／年以上参加していること。
- 2.気管支鏡検査の能力を有すること。
 - ア.日本呼吸器内視鏡学会の認定医又は専門医、指導医が勤務していること(日本呼吸器内視鏡学会認定施設、日本呼吸器学会関連認定施設であることが望ましい)。
 - イ.アを満たすことができない場合は、日本呼吸器内視鏡学会認定施設又は日本呼吸器学会関連認定施設が

ら協力を得られる体制が確保されていること。

3.細胞診及び組織診の検査能力を有すること。

ア.細胞診及び組織診断に関しては、日本臨床細胞学会専門医又は日本病理学会認定医がおこなうこと。

イ.臨床検査技師は、日本臨床細胞学会認定の細胞検査士であること。

また、(一社)岡山県臨床検査技師会開催の研修会又は関連する学会に1回／年以上参加していること。な

お、日本臨床衛生検査技師会生涯教育を履修修了した者が望ましい。

ウ.細胞診及び組織診を自己施設で行わない場合は、依頼する機関が(3)ア、イを満たしていること。

乳がん精密検診機関

乳がん精密検診機関は、次の各号の条件を原則として全て満たしていること。

1.マンモグラフィの読影

日本乳がん検診精度管理中央機構(以下「精中機構」という。)が開催する読影講習会を修了し、A又はB判定の認定を受けた医師が行う体制があること。

2.超音波検査の実施・判定

精中機構が開催する乳房超音波医師講習会を修了し、A又はB判定の認定を受けた医師が行う体制があること。

3.日本乳癌学会の乳腺認定医又は乳腺専門医の資格を有する医師が常勤で勤務していること。ただし、乳腺認定医のみ常勤の場合は、乳腺専門医資格を有する医師の定期的な診療及び指導体制を有していること。

4.日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし、線量(3mGy 以下)及び画質基準を満たした乳房X線撮影装置を保有すること。

5.精中機構が開催する乳房X線撮影に関する撮影技術講習会を修了し、A又はB判定の認定を受けた診療放射線技師又は医師が常勤で勤務していること。又は精中機構施設・画像評価委員会の評価基準に合格した施設であること。

6.乳腺精密検査用超音波診断装置及び乳腺精密検査用超音波探触子を保有すること。

7.病理、細胞診断に関して、細胞診、生検の病理診断医(日本病理学会認定医)が勤務しているか、又は契約ができており診断可能な機関であること。臨床検査技師は、日本臨床細胞学会認定の細胞検査師であることが望ましい。

様式集

様式第3号 岡山市健康診査 事故・偶発症報告書

様式第3号	
☐ 第1報 ☐ 第2報	
岡山市長 様 岡山市健康診査 事故・偶発症報告書 令和 年 月 日	
健診実施機関名	
所在地	
報告者	職名 氏名
受診者氏名	男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (歳)
住所	岡山市
健診種別 (該当に○)	胃がん(胃部エックス線・胃内視鏡)・子宮がん(頸部・体部)・乳がん(視触診・マンモグラフィ)・ 肺がん(胸部エックス線・喀痰)・大腸がん・その他()
発生日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分 頃
発生場所	useruno
偶 発 症	内容 誤嚥・腸閉塞・穿孔・過敏症・粘膜裂創・生体部からの後出血・アナフィラキシーショック・ その他の偶発症()
	基礎疾患 なし・あり ()
	治療あり 治療なし
	↓ 治療内容 自院での治療 (外来・入院) 他院での治療 (外来・入院) 入院機関()
	概要
事 故	発生状況 ・ 概 要
	即時の 対応

(様式第 4-1 号②)

精密検診依頼書

お願い
{ 1. この封筒は開封せず、精密検査を受ける医療機関へお持ちください。
2. 受診の際は、健康保険証をお持ちになり、この精密検診依頼書を受付へお渡しください。

様式第4-2号① 健康診査票（生活保護等受給者用）

（様式第4-2号①）

No. _____

健康診査票

（後期高齢者健診・国保特定健診のぞく）

医療機関名 _____

医療機関コード _____

費用区分 無料券 ※No. 9

※無料券に記載の5桁の番号を記入

↓太枠の中をご記入ください

フリガナ		生年月日	明治昭和	年	月	日
氏名		年齢	歳	性別	男	女
住所	岡山市 区	電話番号	086	-	-	

1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか	はい	いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか	はい	いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか	はい	いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	はい	いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか	はい	いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	はい	いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか （習慣的な喫煙＝生涯で合計100本以上または6か月以上の喫煙で、最近1か月間も喫煙している）	はい	いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか	はい	いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか	はい	いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか	はい	いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか	はい	いいえ
13	食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか ①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない	1	2 3
14	人と比較して食べる速度が速いですか	速い	ふつう 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか	はい	いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	毎日 時々	ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか	はい	いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は、どのくらいですか	毎日 時々	ほとんど飲まない、飲めない
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか 日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同5度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）	1合 未満 2～3合 未満	1～2合 未満 3合 以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか	はい	いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか ①改善するつもりはない ②改善するつもりである（おおむね6か月以内） ③近いうちに（おおむね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいる（6か月未満） ⑤すでに改善に取り組んでいる（6か月以上）	1 2 3 4 5	
22	生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか	はい	いいえ

医療機関記入欄	
受診年月日	令和 年 月 日
既往歴	特記すべきことあり 所見 特記すべきことなし
自覚症状	特記すべきことあり 所見 特記すべきことなし
身長	cm
体重	kg
BMI	cm
血圧	mmHg
脂質	LDL mg/dl HDL mg/dl 中性脂肪 mg/dl
肝機能	AST (GOT) U/L ALT (GPT) U/L γ-GT (γ-GTP) U/L
代謝系	空腹時血糖 mg/dl HbA1c %
血清アルブミン	g/dl
尿検査	糖 - ± + ++ +++ 生理中 蛋白 - ± + ++ +++

詳細項目(74歳以下かつ判断基準該当者のみ)

貧血	赤血球数	10 ¹² /L
	血色素量	g/dl
	ヘマトクリット	%
心機能	心電図検査	著変なし 所見あり ()
	方法	判定 結果
眼底検査	結果	異常なし 指導が必要 要精検・治療

総合判定	心疾患	要精検・治療 指導が必要
	高血圧	
	腎臓病	
	糖尿病	
	肝臓病	
	貧血 脂質異常症	
医師のコメント欄		今回は異常なし

〔医療機関控〕06年 印刷

様式第4-2号② 健康診査票（生活保護等受給者用）

（様式第4-2号②）

No. _____

健康診査票

医療機関名 _____

医療機関コード _____

（後期高齢者健診・国保特定健診のぞく）

③ ※No. 9

フリガナ											生年月日	1	2	3	年		月		日	
氏名											年齢			歳	性別	1	2			
住所	岡山市 区										電話番号	0 8 6 -				-				

1											1	2			
2											1	2			
3											1	2			
4											1	2			
5											1	2			
6											1	2			
7											1	2			
8											1	2			
9											1	2			
10											1	2			
11											1	2			
12											1	2			
13											1	2	3		
14											1	2	3		
15											1	2			
16											3	1	2		
17											1	2			
18											1	2	3		
19											1	2			
20											1	2			
21											1	2	3	4	5
22											1	2			

受診年月日	令和	年	月	日
1				
2				
既往歴	病名など			
1				
2				
自覚症状	所見			
1				
2				
身長			体重	
BMI			腹囲	
血圧				
脂質	LDL			
	HDL			
	中性脂肪			
肝機能	AST (GOT)			
	ALT (GPT)			
	γ-GT (γ-GTP)			
代謝系	空腹時血糖			
	HbA1c			
血清アルブミン				
尿検査	糖	1	2	3
	蛋白	1	2	3
		4	5	
貧血	赤血球数			
	血色素量			
	ヘマトクリット			
心機能	心電図検査	1	2	
眼底検査	方法	判定		
			1	
			2	
			4	

総合判定	要精検・治療	指導が必要
心疾患	1	2
高血圧	1	2
腎臓病	1	2
糖尿病	1	2
肝臓病	1	2
貧血	1	2
脂質異常症	1	2

（岡山市へ提出）06年印刷

様式第4-2号③ 健康診査票（生活保護等受給者用）

（様式第4-2号③）

健康診査票

（後期高齢者健診・国保特定健診のぞく）

医療機関名

フリガナ		生年月日	明	大	昭		年		月		日
氏名	様	年齢			歳	性別	男	女			
住所	岡山市 区	電話番号	0	8	6	-		-			

総合判定のみかた

異常なし	今回は異常なし。今後も健診を受けましょう。
指導が必要	生活習慣を改善し、数値が改善しない場合は受診しましょう。
要精検・治療	詳しい検査や治療が必要です。受診しましょう。

検査値の見方は、標準値との比較ではなく、あなたの検査値が年とともにどう変わっていくかが大切です。

BMI による肥満の判定	
やせ	18.5 未満
正常	18.5 ～ 25 未満
肥満	25 以上

年齢	目標とする BMI
40 ～ 49 歳	18.5 ～ 24.9
50 ～ 64 歳	20.0 ～ 24.9
65 歳以上	21.5 ～ 24.9

（日本人の食事摂取基準 2020 年版より）

検査項目	標準値	こんなことが分かります
血圧	収縮期 130 未満 拡張期 85 未満	血管にかかる圧力を測ります。高血圧の方だけでなく、糖尿病など病気のある方は血圧管理が大切です。
LDL コレステロール HDL コレステロール 中性脂肪	120mg/dl 未満 40mg/dl 以上 150mg/dl 未満	血液中に含まれる脂質の量を調べます。動脈硬化の危険性が分かります。
AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT(γ-GTP)	30U/L 以下 30U/L 以下 50U/L 以下	肝臓の機能を調べます。肝臓の病気や、肥満や飲酒による脂肪肝などで数値が高くなります。
空腹時血糖 HbA1c	99mg/dl 以下 5.5% 以下	血液中の糖の量を測ります。糖尿病では数値が高くなります。
血清アルブミン	3.9g/dl 以上	肝臓の機能や栄養状態が分かります。
尿糖 尿蛋白	(-) (-)	腎臓の機能を調べます。腎臓が正常に働くと、糖や蛋白は排出しません。異常があれば早めに受診しましょう。

受診年月日	令和		年		月		日
既往歴	特記すべきことあり 特記すべきことなし	所見					
自覚症状	特記すべきことあり 特記すべきことなし	所見					
身長		cm					
BMI							kg
体重		kg					
血圧		mmHg					
脂質	LDL	mg/dl					
	HDL	mg/dl					
	中性脂肪	mg/dl					
肝機能	AST (GOT)	U/L					
	ALT (GPT)	U/L					
	γ-GT (γ-GTP)	U/L					
代謝系	空腹時血糖	mg/dl					
	HbA1c	%					
血清アルブミン		g/dl					
尿検査	糖	- ± + ++ +++					生理中
	蛋白	- ± + ++ +++					

詳細項目(74歳以下かつ判断基準該当者のみ)

貧血	赤血球数		10 ¹² /L
	血色素量		g/dl
	ヘマトクリット		%
心機能	心電図検査	著変なし 所見あり ()	
	方法	判定	結果
眼底検査			異常なし 指導が必要 要精検・治療

総合判定	心疾患	要精検・治療	今回は異常なし
	高血圧		
	腎臓病		
	糖尿病		
	肝臓病		
	貧血		
医師のコメント欄			

岡山市保健所 健康づくり課 けんしん専用ダイヤル
電話：086 (803)-1202 FAX：086 (803)-1758

（受診者控）06年 印刷

様式第4-2号④ 後期高齢者健康診査票（後期高齢者医療被保険者用）

（様式第4-2号④）

後期高齢者健康診査票

No. _____

（後期高齢者医療被保険者用）

医療機関名 _____

医療機関コード _____

費用区分 どちらかに○	一般	無料券	※No.		保険者番号	3	9		被保険者番号										
----------------	----	-----	------	--	-------	---	---	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※費用区分は、無料券に○をつけ、3桁の番号を記入

↓太枠の中をご記入ください

フリガナ											左詰め 姓と名の間は1マスあける	生年月日	明	大	昭		年		月		日
氏名												年齢			歳	性別	男	女			
住所	岡山市 区										連絡先電話番号	0	8	6	—	—					
											自宅・その他（ ）										

↓下記の質問のあてはまるものに○印をしてください

あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあよい	ふつう	あまりよくない	よくない
毎日の生活に満足していますか		満足	やや満足	やや不満	不満
1日3食きちんと食べていますか				はい	いいえ
半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか				はい	いいえ
お茶や汁物等でむせることがありますか				はい	いいえ
6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか				はい	いいえ
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか				はい	いいえ
この1年間に転んだことがありますか				はい	いいえ
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか				はい	いいえ
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか				はい	いいえ
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか				はい	いいえ
今日が何月何日かわからない時がありますか				はい	いいえ
あなたは、たばこを吸いますか		吸っている	吸っていない	やめた	
週に1回以上は外出していますか				はい	いいえ
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか				はい	いいえ
体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか				はい	いいえ

医療機関記入欄

受診年月日	令		年		月		日
既往歴	特記すべきことあり 所見 特記すべきことなし 病名など						
自覚症状	特記すべきことあり 所見 特記すべきことなし						
身長		cm	体重		kg		
BMI	kg/m ²						
血圧		mmHg			異常なし	要指導	要医療
脂質	LDL		mg/dl		正常範囲	異常	
	HDL		mg/dl		正常範囲	異常	
	中性脂肪		mg/dl		正常範囲	異常	
肝機能	GOT		U/L		正常範囲	異常	
	GPT		U/L		正常範囲	異常	
	γ-GTP		U/L		正常範囲	異常	
代謝系	空腹時血糖		mg/dl		異常なし	要指導	要医療
	Hb A1c		%		異常なし	要指導	要医療
	血清アルブミン		g/dl		正常範囲	異常	
尿腎機能	糖	-	±	+	++	+++	以上
	蛋白	-	±	+	++	+++	以上
総合判定	要精検・治療 指導が必要						
	心疾患						今回は異常なし
	高血圧						
	腎臓病						
	糖尿病						
	肝臓病						
	貧血						
	脂質異常症						
医師のコメント欄							

〔医療機関控〕05年印刷

（様式第4-2号⑤）

No. _____

後期高齢者健康診査票

（後期高齢者医療被保険者用）

医療機関名 _____

医療機関コード _____

1	2	※No.	3	9	10	11	0	0	0	12
---	---	------	---	---	----	----	---	---	---	----

フリガナ	生年月日	1	2	3	年	月	日
氏名	年齢	歳	性別	1	2		
住所	岡山市 区	連絡先電話番号	0	8	6		
	自宅・その他（ ）						

あなたの現在の健康状態はいかがですか	1	2	3	4	5
毎日の生活に満足していますか	1	2	3	4	
1日3食きちんと食べていますか	1	2			
半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	1	2			
お茶や汁物等でむせることがありますか	1	2			
6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1	2			
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1	2			
この1年間に転んだことがありますか	1	2			
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	1	2			
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	1	2			
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	1	2			
今日が何月何日かわからない時がありますか	1	2			
あなたは、たばこを吸いますか	1	2	3		
週に1回以上は外出していますか	1	2			
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	1	2			
体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	1	2			

受診 年月日	1	2	3	年	月	日
既往歴	1	2	3	4	5	6
自覚症状	1	2	3	4	5	6
身長	118	119	120	121	122	123
BMI	13.3	13.4	13.5	13.6	13.7	13.8
血圧	133	134	135	136	137	138
脂質	LDL	140	141	142	143	144
	HDL	144	145	146	147	148
	中性脂肪	148	149	150	151	152
肝機能	GOT	153	154	155	156	157
	GPT	157	158	159	160	161
	γ-GTP	161	162	163	164	165
代謝系	空腹時血糖	166	167	168	169	170
	Hb A1c	170	171	172	173	174
血清アルブミン	174	175	176	177	178	179
尿糖	1	2	3	4	5	
尿蛋白	1	2	3	4	5	
総合判定	1	2	3	4	5	6
要精検・治療・指導が必要	1	2	3	4	5	6
心疾患	1	2	3	4	5	6
高血圧	1	2	3	4	5	6
腎臓病	1	2	3	4	5	6
糖尿病	1	2	3	4	5	6
肝臓病	1	2	3	4	5	6
貧血	1	2	3	4	5	6
脂質異常症	1	2	3	4	5	6

〔岡山市へ提出〕05年印刷

様式第4-2号⑥ 後期高齢者健康診査票（後期高齢者医療被保険者用）

(様式第4-2号⑥)

後期高齢者健康診査票

(後期高齢者医療被保険者用)

No. _____

医療機関名 _____ 医療機関コード _____

保険者番号 3 9

被保険者番号

フリガナ _____

生年月日 明治 大正 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏 名 _____ 様 _____ 年 齢 _____ 歳 性別 男 女

住 所 岡山市 区 _____ 連絡先電話番号 0 8 6 _____ 自宅・その他() _____

健診結果のみかた

異常なし

今回は異常なし。今後も健診を受けましょう。

指導が必要

生活習慣を改善し、数値が改善しない場合は受診しましょう。

要精検・治療

詳しい検査や治療が必要です。受診しましょう。

検査の意味

検査値の見方は、標準値との比較ではなく、あなたの検査値が年とともにどう変わっていくかが大切です。

BMIによる肥満の判定

やせ

18.5未満

正常

18.5～25未満

肥満

25以上

年齢

目標とするBMI

40～49歳

18.5～24.9

50～64歳

20.0～24.9

65歳以上

21.5～24.9

(日本人の食事摂取基準2020年版より)

検査項目

標準値

こんなことが分かります

血圧

収縮期 130未満
拡張期 80未満

血管にかかる圧力を測ります。高血圧の方だけでなく、糖尿病など病気のある方は血圧管理が大切です。

LDLコレステロール
HDLコレステロール
中性脂肪

120mg/dl未満
40mg/dl以上
150mg/dl未満

血液中に含まれる脂質の量を調べます。動脈硬化の危険性が分かります。

G O T
G P T
γ-G T P

30U/L以下
30U/L以下
50U/L以下

肝臓の機能を調べます。肝臓の病気や、肥満や飲酒による脂肪肝などで数値が高くなります。

血清アルブミン

3.9g/dl以上

肝臓の機能や栄養状態が分かります。

空腹時血糖
HbA1c

99mg/dl以下
5.5%以下

血液中の糖の量を測ります。糖尿病では数値が高くなります。

尿糖
尿蛋白

(-)
(-)

腎臓の機能を調べます。腎臓が正常に働くと、糖や蛋白は排出しません。異常があれば早めに受診しましょう。

受診年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

既往歴

特記すべきことあり 所見 _____
特記すべきことなし _____
病名など _____

自覚症状

特記すべきことあり 所見 _____
特記すべきことなし _____

身長

cm

体重

kg

BMI

kg/m²

血圧

mmHg

脂 質

LDL

mg/dl

HDL

mg/dl

中性脂肪

mg/dl

肝機能

GOT

U/L

GPT

U/L

γ-GTP

U/L

代謝系

空腹時血糖

mg/dl

HbA1c

%

血清アルブミン

g/dl

尿 糖

- ± + ++ +++ 以上

尿 蛋白

- ± + ++ +++ 以上

要精検・治療 指導が必要

総 心 疾 患 _____
高 血 圧 _____
腎 臓 病 _____
糖 尿 病 _____
肝 臓 病 _____
貧 血 _____
脂質異常症 _____

今回は異常なし

医師のコメント欄

岡山市保健所 けんしん専用ダイヤル

電話 086(803)-1202

(受診者控) 05年印刷

- 69 -

（様式第4-2号⑦）

No. _____

75 歳 以 上 健 康 診 査 票

（後期高齢者医療被保険者をのぞく）

医療機関名 _____

医療機関コード _____

費用区分

無料券

※No. 9

※無料券に記載の5桁の番号を記入

↓ 太枠の中をご記入ください

フリガナ	左詰め 姓と名の間は1マスあける	生年月日	明 大 昭 治 正 和	年	月	日
氏 名		年 齢	歳	性別	男	女
住 所	岡山市 区	連絡先電話番号	0 8 6 — — — —			
		自宅・その他（ ）				

↓ 下記の質問のあてはまるものに○印をしてください

あなたの現在の健康状態はいかがですか	よい	まあ よい	ふつう	あまり よく ない	よく ない
毎日の生活に満足していますか	満足	やや 満足	やや 不満	不満	
1日3食きちんと食べていますか	はい	いいえ			
半年前に比べて固いもの（さきいか、たくあんなど）が食べにくくなりましたか	はい	いいえ			
お茶や汁物等でむせることがありますか	はい	いいえ			
6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	はい	いいえ			
以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	はい	いいえ			
この1年間に転んだことがありますか	はい	いいえ			
ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	はい	いいえ			
階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	はい	いいえ			
周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか	はい	いいえ			
今日が何月何日かわからない時がありますか	はい	いいえ			
あなたは、たばこを吸いますか	吸って いる	吸って いない	やめた		
週に1回以上は外出していますか	はい	いいえ			
ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	はい	いいえ			
体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	はい	いいえ			

医療機関記入欄

受 診 年 月 日	令和	年	月	日
既往歴	○ 特記すべきことあり ○ 特記すべきことなし	所見		
自覚症状	○ 特記すべきことあり ○ 特記すべきことなし	所見		
身長	cm	体重	kg	
BMI	kg/m ²			
血圧	mmHg	mmHg	mmHg	mmHg
LDL	mg/dl	正常範囲	異常	
HDL	mg/dl	正常範囲	異常	
中性脂肪	mg/dl	正常範囲	異常	
GOT	IU/L	正常範囲	異常	
GPT	IU/L	正常範囲	異常	
γ-GTP	IU/L	正常範囲	異常	
空腹時血糖	mg/dl	異常なし	異常	
Hb A1c	%	異常なし	異常	
血清アルブミン	g/dl	正常範囲	異常	
尿糖	±	+	++	+++
尿蛋白	±	+	++	+++
総合判定	要精検・治療	治療が必要		
	心疾患	○	○	今回は異常なし
	高血圧	○	○	
	腎臓病	○	○	
	糖尿病	○	○	
	肝臓病	○	○	
	貧血	○	○	
	脂質異常症	○	○	
医師のコメント欄				

【医療機関控】 07年印刷

様式第4-2号⑨ 生保75歳以上健康診査票（生活保護等受給者用）

（様式第4-2号⑨）

No. _____

75歳以上健康診査票

（後期高齢者医療被保険者をのぞく）

医療機関名 _____

医療機関コード _____

フリガナ	生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日
氏名	様	年齢	歳	性別	男	女	
住所	岡山市 区	連絡先電話番号	0 8 6	—	—		
	自宅・その他（ ）						

健診結果のみかた

異常なし	今回は異常なし。今後も健診を受けましょう。
指導が必要	生活習慣を改善し、数値が改善しない場合は受診しましょう。
要精検・治療	詳しい検査や治療が必要です。受診しましょう。

検査の意味

検査値の見方は、標準値との比較ではなく、あなたの検査値が年とともにどう変わっていくかが大切です。

BMIによる肥満の判定	
やせ	18.5未満
正常	18.5～25未満
肥満	25以上

年齢	目標とするBMI
40～49歳	18.5～24.9
50～64歳	20.0～24.9
65歳以上	21.5～24.9

（日本人の食事摂取基準2020年版より）

検査項目	標準値	こんなことが分かります
血圧	収縮期 130未満 拡張期 80未満	血管にかかる圧力を測ります。高血圧の方だけでなく、糖尿病など病気のある方は血圧管理が大切です。
LDLコレステロール HDLコレステロール 中性脂肪	120mg/dl未満 40mg/dl以上 150mg/dl未満	血液中に含まれる脂質の量を調べます。動脈硬化の危険性が分かります。
G O T G P T γ-G T P	30U/L以下 30U/L以下 50U/L以下	肝臓の機能を調べます。肝臓の病気や、肥満や飲酒による脂肪肝などで数値が高くなります。
血清アルブミン	3.9g/dl以上	肝臓の機能や栄養状態が分かります。
空腹時血糖 Hb A1c	99mg/dl以下 5.5%以下	血液中の糖の量を測ります。糖尿病では数値が高くなります。
尿糖 尿蛋白	(-) (-)	腎臓の機能を調べます。腎臓が正常に働くと、糖や蛋白は排出しません。異常があれば早めに受診しましょう。

受診年月日	令和	年	月	日
既往歴	特記すべきことあり 特記すべきことなし 病名など	所見		
自覚症状	特記すべきことあり 特記すべきことなし	所見		
身長	cm	体重	kg	
BMI	kg/m ²			
血圧	mmHg			
脂質	LDL mg/dl HDL mg/dl 中性脂肪 mg/dl			
肝機能	GOT U/L GPT U/L γ-GTP U/L			
代謝系	空腹時血糖 mg/dl Hb A1c %			
血清アルブミン	g/dl			
尿腎機能	糖 - ± + ++ +++ 蛋白 - ± + ++ +++			
総合判定	要精検・治療 治療が必要	今回は異常なし		
医師のコメント欄				

岡山市保健所 けんしん専用ダイヤル	電話 086(803)-1202
-------------------	------------------

【受診者控】07年印刷

(岡山市健康診査様式第4-3号①)

胃がん(X線)検診票

医療機関名

医療機関コード

No.

費用区分

一般

70歳以上・後期高齢

無料券(No.)

「費用区分」は年度末時点の年齢

↓太枠の中をご記入ください

フリガナ

左詰め
姓と名の間は1マスあける

生年月日

大正

昭和

年

月

日

氏名

性別

男

女

年齢

歳

住所

岡山市

区

固定電話

0 8 6 -

携帯電話

1 昨年、岡山市の胃がん検診を受診しましたか

いいえ

はい

⇒ 昨年受診ありで、年度中に奇数年齢になる方は受診不可

2 今までに胃がん検診を受けたことがありますか

ない

ある

時期: 1~3年前・4年以上前

種類: レントゲン・内視鏡

3 排便(便通)の回数はどれくらいですか

日

回

(普通 軟便 硬い便 黒便)

4 次の症状はありますか

ない

ある

胃の痛み 胃もたれ 胸やけ 吐き気 食欲不振 体重減少

5 過去に胃の精密検査を勧められたことがありますか

ない

ある

精密検査を(受けていない・受けた 結果:)

6 今までにかかった胃腸の病気はありますか

ない

ある

⇒病名:

7 胃腸・腹部の手術をしたことがありますか

ない

ある

⇒ 歳頃 病名:

8 ピロリ菌の検査を受けたことがありますか

ない

ある

⇒結果 (一)異常なし・(+)ピロリ菌感染あり

9 ピロリ菌の除去治療を受けたことがありますか

ない

ある

⇒結果 治療成功・治療不成功・結果不明 時期: 年前

現在、たばこを習慣的に吸っていますか

いいえ

はい

⇒1日 本 年間(紙巻きたばこ・加熱式たばこ)

10 「いいえ」と答えた方は、過去にたばこを吸っていましたか

いいえ

はい

⇒何年前にやめましたか(年前)

現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか

いいえ

いつかは禁煙したい

半年以内に禁煙したい

すぐに禁煙したい

11 日本酒2合以上あるいはビール1ℓ以上の飲酒をすることがたびたびありますか

ない

ある

12 現在、治療中の病気がありますか

ない

ある

⇒病名:

13 薬のアレルギーはありますか

ない

ある

⇒薬剤名:

14 バリウムによるアレルギー等がありますか

ない

ある

⇒気分不良・アレルギー・排便困難・その他:

15 現在、妊娠の可能性がありますが

ない

ある

【医療機関記入欄】

検診
担当医

検査年月日

令和

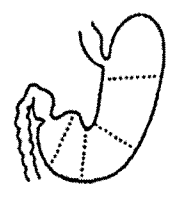
年

月

日

X線所見【ダブルチェック方法: □自院 □医師会説影会】

フィルムNo.



◆結果判定コード(2つまで 2桁の数字を記入)

1

09 異常なし

05 胃炎 □除菌後

2

01 胃がん(疑いを含む)

81 胃粘膜下腫瘍

02 胃潰瘍

82 食道疾患

04 胃潰瘍癒着

□食道がん

31 過形成ポリープ

□食道裂孔ヘルニア

32 胃底腺ポリープ

□逆流性食道炎

03 胃ポリープ(その他)

□その他食道疾患

06 十二指腸潰瘍

()

07 十二指腸潰瘍癒着

08 その他の疾患

()

◆カテゴリー分類 (該当の数字に○)

精検
不要

I 炎症・萎縮の所見なし

II 慢性胃炎を含む良性病変
※ピロリ感染(除菌済含む)、胃炎・萎縮の判定が困難な場合を含む

要精
検

III a 存在が確実ではほぼ良性だが、精検が必要な所見

III b 存在または質的診断が困難な所見

IV 存在が確実で悪性を疑う所見

V ほぼ悪性と断定できる所見

◆指示コード (該当の数字に○)

5 放置

6 がん以外の疾患で経過観察・検査・治療などを要するもの

3 がん検診での「要精検」
⇒「精密検診依頼書」を作成してください

◆ピロリ菌感染

1 未感染(疑い)

2 現感染(疑い)

3 既感染(疑い)

4 不明

◆胃炎所見

1 なし

2 あり

□萎縮性

□びらん性

□皺襞腫大

□鳥肌

□その他

【医療機関控】 6年印刷

-73-

様式第4-3号②ア 胃がん(X線)検診票

(岡山市健康診査様式第4-3号②)

胃がん(X線)検診票

No. _____

医療機関名 _____

医療機関コード _____

1	2
---	---

費用区分	1	2	3	(No. _____)
------	---	---	---	-------------

フリガナ													生年月日	2	3	年	月	日	
氏名													性別	1	2	年齢	歳		
住所	岡山市 区												固定電話	0	8	6	-	-	携帯電話

1													15	1	2																																																																																	
2														*	*																																																																																	
3													17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
4													34	1	2																																																																																	
5													53	56	1	2																																																																																
6														*	*																																																																																	
7														*	*																																																																																	
8														*	*																																																																																	
9													71	72	73	74	1	*	3	4	5																																																																											
10														*	*																																																																																	
11														*	*																																																																																	
12														*	*																																																																																	
13														*	*																																																																																	
14													59	1	2																																																																																	
15														*	*																																																																																	

【医療機関記入欄】

検診 担当医												
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

検査年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

X線所見【ダブルチェック方法：□自院 □医師会読影会】

フィルムNo.												
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

精 査 要 求	I	5
II	6	
IIIa		
IIIb	3	
IV		
V		

09	異常なし	05	胃炎 □除菌後
01	胃がん(疑いを含む)	81	胃粘膜下腫瘍
02	胃潰瘍	82	食道疾患
04	胃潰瘍癒痕		□食道がん
31	過形成ポリープ		□食道裂孔ヘルニア
32	胃底腺ポリープ		□逆流性食道炎
03	胃ポリープ(その他)		□その他食道疾患
06	十二指腸潰瘍		()
07	十二指腸潰瘍癒痕	08	その他の疾患
			()

78	1	79	1
	2		2
	3		
	4		

〔岡山市提出用〕 6年印刷

岡山市胃がん(X線)検診結果概要

様

※検診機関は番号に○をつけてお渡しください。

1. 精密検査が必要です。必ず受診してください。
精密検査について、医師から説明をお受けください。
また、他院で精密検査を受ける場合は、精密検査依頼書の封筒を受け取り、
精密検査を受ける医療機関へ必ずご持参ください。
2. がん検診での精密検査は不要ですが、
がん以外で経過観察や治療が必要と思われる所見があります。
今後の検査や診察について、説明を受け、受診しましょう。
3. 精密検査は不要です。
岡山市胃がん検診は2年に1回です。今後も検診を受けましょう。
4. 健診結果は後日、改めてご連絡します。
岡山市胃がん検診では、検査画像のダブルチェックを行っています。
読影の医師が確認してから、改めて結果をご案内します。
今回は、検診でのピロリ菌感染の状況について下記を確認してください。

検診
担当医

検査年月日 令和 年 月 日

ピロリ菌感染が疑われる慢性胃炎の所見が見つかった方へ

ピロリ菌は、胃粘膜にいる菌です。日本でピロリ菌に感染している人は、およそ3000～4000万人と言われ、特に50歳以上の人で感染している割合が高いとされています。

ピロリ菌に感染すると、慢性的に胃粘膜に炎症を起こし、胃潰瘍や十二指腸潰瘍、胃がんなどの発生に関与することが分かっています。ピロリ菌の有無を確かめる検査や除菌治療などが必要かどうかは、医師にご相談ください。

* 今回の検診でのピロリ菌感染を疑う所見について、情報提供します。

これまでに感染がないと思われる	
現在、ピロリ菌がいる(疑いがある)	
過去に感染していた(疑いがある)	
今回の検診では不明	

様式第4-3号①イ 胃がん(内視鏡)検診票

(岡山市健康診査様式第4-3号①)										No. _____	
胃がん(内視鏡)検診票										医療機関 コード	
医療機関名 _____										費用区分	
↓太枠の中をご記入ください										70歳以上・ 後期高齢 無料券 (No. _____)	
費用区分は年度末時点の年齢											
フリガナ										生年月日	大正 昭和 年 月 日
氏名										性別	男 女 年齢 歳
住所	岡山市 区									固定電話	0 8 6 - -
										携帯電話	
1	昨年、岡山市の胃がん検診を受診しましたか		いいえ	はい	⇒ 昨年受診ありで、年度中に奇数年齢になる方は受診不可						
2	今までに胃がん検診を受けたことがありますか		ない	ある	時期: 1~3年前・4年以上前		種類: レントゲン・内視鏡				
3	排便(便通)の回数はどれくらいですか		日に	回	(普通 軟便 硬い便 黒便)						
4	次の症状はありますか		ない	ある	胃の痛み 胃もたれ 胸やけ 吐き気 食欲不振 体重減少						
5	過去に胃の精密検査を勧められたことがありますか		ない	ある	精密検査を(受けていない・受けた 結果:)						
6	今までにかかった胃腸の病気はありますか		ない	ある	⇒病名:						
7	胃腸・腹部の手術をしたことがありますか		ない	ある	⇒ 歳頃 病名:						
8	ピロリ菌の検査を受けたことがありますか		ない	ある	⇒結果 (一)異常なし・(+)ピロリ菌感染あり						
9	ピロリ菌の除去治療を受けたことがありますか		ない	ある	⇒結果 治療成功・治療不成功・結果不明 時期 年前						
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか		いいえ	はい	⇒1日 本 年間 (紙巻きたばこ・加熱式たばこ)						
10	「いいえ」と答えた方は、過去にたばこを吸っていましたか		いいえ	はい	⇒何年前にやめましたか(年前)						
10	現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか		いいえ	はい	いつかは禁煙したい 半年以内に禁煙したい すぐに禁煙したい						
11	日本酒2合以上あるいはビール1ℓ以上の飲酒をすることがたびたびありますか		ない	ある							
12	現在、治療中の病気がありますか		ない	ある	⇒病名:						
13	薬のアレルギーはありますか		ない	ある	⇒薬剤名:						
14	血液をサラサラにするような薬(抗血栓薬・抗凝固薬)を服用していますか		いいえ	はい	⇒薬剤名:						

【検査医による検査結果】										検査年月日 令和 年 月 日		部位の Group 分類	
*ゴム印等は市提出用、本人用も押印必要													
検査担当医										生検実施			
部位コード①	①	②	③	④	診断名・⑤内視鏡結果判定コード					生検実施	ピロリ菌感染		
01 食道										無・有	① 未感染(疑い)		
02 噴門部										無・有	② 現感染(疑い)		
03 胃体部										無・有	③ 既感染(疑い)		
04 胃角部	a. 小弯									無・有	④ 不明		
05 胃体部	b. 後壁									無・有	胃炎所見		
06 前庭部	c. 大弯									無・有	□萎縮性 □びらん性		
07 幽門部	d. 前壁									無・有	□島肌 □皺襞腫大		
08 球部										無・有	□その他		
09 下降部(脚)	A 全周									無・有	事故・偶発症 無 有 ※1		
10 その他										無・有			

【読影医による読影結果】										生検実施「有」の場合記入 (二次読影前までに)	
読影日: 令和 年 月 日											
□医師会 □自院(読影医:)											
読影コメント・読影判定(⑤内視鏡結果判定コードから選択)											
コメント										①	
										②	
										③	
										④	
検診時生検実施済みで、 読影で再生検の指示 無 有										ピロリ菌感染 ① 未感染(疑い) ② 現感染(疑い) ③ 既感染(疑い) ④ 不明	
										結果判定コード ※3	
										※1 軽微な偶発症も報告書を提出してください。	
										※2 結果判定「11胃がん疑い」は指示を要精検(7または8)としてください。	
⑤内視鏡結果判定コード 01 胃がん 11 胃がん疑い ※2 02 胃潰瘍 04 胃潰瘍癒着 31 胃過形成性ポリープ 32 胃底腺ポリープ 03 胃ポリープ(その他) 05 胃炎 06 十二指腸潰瘍 07 十二指腸潰瘍癒着 81 胃粘膜下腫瘍 83 食道がん(疑い含む) 84 食道がん(疑い)以外 08 その他疾患 09 異常なし ※4 検診時生検実施(ピロリ菌検査目的のみを除く)の場合は、指示を要精検(7)としてください。 ※5 ピロリ菌検査目的のみの生検は指示「6検査・治療」としてください。 ※6 指示「7要精検(検診時生検実施済)」も精密検査依頼書を作成してください。										指示(数字に○) ※4 ⑤ 精検不要(放置) ⑥ がん以外の疾患で、経過観察・検査・治療などを要するもの(ピロリ菌検査含む) ※5 ⑦ 要精検(検診時生検実施済) ※6 ⑧ 要精検(検診時生検未実施)	

二次読影の結果を踏まえ、検査医が「⑤内視鏡結果判定コード」を記載してください

【医療機関控】07年印刷

(岡山市健康診査様式第4-3号(1))										No. _____									
胃がん(内視鏡)検診票										医療機関名 _____									
フリガナ _____										医療機関コード _____									
生年月日										性別									
氏名										年齢									
住所 岡山市 区										固定電話 0 8 6 -									
携帯電話										年齢									
1										2									
2										3									
3										4									
4										5									
5										6									
6										7									
7										8									
8										9									
9										10									
10										11									
11										12									
12										13									
13										14									
14										15									
15										16									
16										17									
17										18									
18										19									
19										20									
20										21									
21										22									
22										23									
23										24									
24										25									
25										26									
26										27									
27										28									
28										29									
29										30									
30										31									
31										32									
32										33									
33										34									
34										35									
35										36									
36										37									
37										38									
38										39									
39										40									
40										41									
41										42									
42										43									
43										44									
44										45									
45										46									
46										47									
47										48									
48										49									
49										50									
50										51									
51										52									
52										53									
53										54									
54										55									
55										56									
56										57									
57										58									
58										59									
59										60									
60										61									
61										62									
62										63									
63										64									
64										65									
65										66									
66										67									
67										68									
68										69									
69										70									
70										71									
71										72									
72										73									
73										74									
74										75									
75										76									
76										77									
77										78									
78										79									
79										80									
80										81									
81										82									
82										83									
83										84									
84										85									
85										86									
86										87									
87										88									
88										89									
89										90									
90										91									
91										92									
92										93									
93										94									
94										95									
95										96									
96										97									
97										98									
98										99									
99										100									

読影日: 令和 年 月 日

□医師会 □自院(読影医: _____)

読影コメント・読影判定(⑤内視鏡結果判定コードから選択)

① _____

② _____

③ _____

④ _____

01 胃がん

11 胃がん疑い ※2

02 胃潰瘍

04 胃潰瘍癒着

31 胃過形成性ポリープ

32 胃底腺ポリープ

03 胃ポリープ(その他)

05 胃炎

06 十二指腸潰瘍

07 十二指腸潰瘍癒着

81 胃粘膜下腫瘍

83 食道がん(疑い含む)

84 食道がん(疑い)以外

08 その他疾患

09 異常なし

80 1

81 2

82 3

83 4

5 6 7 8

岡山市胃がん(内視鏡)検診結果概要

様

※検診機関は番号または()に○をつけてお渡してください。

1. 精密検査が必要です。必ず受診してください。

() 本日、引き続き精密検査(生検)を実施いたしました。

医師から説明をお受けください。

() 後日、精密検査を実施します。必ず受診してください。

精密検査についての説明をお受けください。

また、他院で精密検査を受ける場合は、精密検査依頼書の封筒を受け取り、精密検査を受ける医療機関へ必ずご持参ください。

2. がん検診での精密検査は不要ですが、 がん以外で経過観察や治療が必要と思われる所見があります。

今後の検査や診察について、説明を受け、受診しましょう。

3. 精密検査は不要です。

岡山市胃がん検診は2年に1回です。今後も検診を受けましょう。

4. 健診結果は後日、改めてご連絡します。

岡山市胃がん検診では、検査画像のダブルチェックを行っています。

読影の医師が確認してから、改めて結果をご案内します。

今回は、検診でのピロリ菌感染の状況について下記を確認してください。

検診
担当医

検査年月日 令和 年 月 日

*今回の検診でのピロリ菌感染を疑う
所見について、情報提供します。

これまでに感染がないと思われる	
現在、ピロリ菌がいる(疑いがある)	
過去に感染していた(疑いがある)	
今回の検診では不明	

ピロリ菌感染が疑われる慢性胃炎の所見が見つかった方へ

ピロリ菌は、胃粘膜にいる菌です。日本でピロリ菌に感染している人は、およそ3000~4000万人と言われ、特に50歳以上の人で感染している割合が高いとされています。

ピロリ菌に感染すると、慢性的に胃粘膜に炎症を起し、胃潰瘍や十二指腸潰瘍、胃がんなどの発生に関与することが分かっています。ピロリ菌の有無を確かめる検査や除菌治療などが必要かどうかは、医師にご相談ください。

(様式第4-3号③)

(検診番号)

胃がん検診（胃部エックス線検査）結果通知書

年 月 日に受診されたあなたの検診結果は次の○印のとおり
です。

(所見)

1. 異常所見はありません。
2. の所見があります。
3. の疑いがあります。

指示

1. 今後も定期的に検診を受けましょう。
2. 症状があれば早めに受診をしてください。
3. 必ず精密検査を受けてください。

※ 検査結果についてご不明な点がある場合は、検診実施機関へお尋ねください。

※ 精密検査を受けられるときは、精密検査依頼書（封筒）、健康保険証をお持ちください。

【検診実施機関】

【实施主体】

岡山市保健所 健康づくり課

岡山市北区鹿田町1丁目1番1号 TEL 086-803-1263

～ 岡山市の胃がん検診は2年に1回です ～

(様式 第4-3号④)

精密検診実施機関控 01

胃がん精密検診依頼書

年 月 日

胃がん精密検診実施機関長 様

岡 山 市 長

下記の方の検診を実施したところ、精密検診の必要がありますのでよろしくお願いします。
 なお、検診結果を記入して、2枚目を一次検診機関へ、3枚目を岡山大学病院岡山県がん登録室へご回報ください。

フリガナ		性別	生年	年 月 日 (歳)	
氏 名		1 男 2 女	月 日		
現 住 所	〒 岡山市 区			保健所名	岡山市保健所
一 次 検 診 結 果			精 密 検 診 結 果		
I 実施機関名 及び住所	医療機関コード ()		実 施 機 関 名	医療機関コード () 担 当 医 師 ()	
II 検診実施日	年 月 日 受診No.		実施日	年 月 日 カルテ No.	
III 所見の部位					
IV 所見の出現 又は診断方 法 (X線)	1 レリーフ 2 腹臥位 3 背臥位 4 正 面 5 第一斜位 6 第二斜位 7 その他 ()		検 査 方 法	1 エックス線検査 2 内視鏡検査 3 生検 4 その他 ()	
V 検診の判定 又は診断名	1 胃がん (疑い含む) 2 胃潰瘍 3 胃ポリープ ☐ 胃過形成性ポリープ ☐ 胃底腺ポリープ 4 胃潰瘍癒着 5 胃炎 ☐ 萎縮性 ☐ びらん性 ☐ 皺襞腫大 ☐ 鳥肌 ☐ その他 6 十二指腸潰瘍 7 十二指腸潰瘍癒着 8 その他 ☐ 胃粘膜下腫瘍 ☐ 食道疾患 () ☐ 他の所見 ()		主診断名	1 異常認めず 2 原発性胃がん ☐ 早期がん ☐ 粘膜内がん ☐ 進行がん ☐ 不明 3 転移性胃がん 4 原発性胃がんの疑い 5 その他の疾病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 胃ポリープ ☐ 胃潰瘍癒着 ☐ 慢性胃炎 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ 十二指腸潰瘍癒着 ☐ 胃粘膜下腫瘍 ☐ その他 ()	
VI そ の 他	実施方法 1 集団検診 (☐ 検診車 ☐ その他) 2 個別検診 ☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査 既往検診 1 有 (年 月頃) ☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査 2 無 (今回が初回) ビロリ菌除菌歴 1 有 (年 月頃) 2 無		指 示 事 項	1 要 治 療 ☐ 手術 ☐ 内視鏡的手術 ☐ 放射線療法 ☐ 化学療法 ☐ 免疫療法 ☐ その他 () 2 経過観察 3 再 検 4 放 置	
【送付先】 〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL(086)235-7995 【記入上の注意】 フリガナを必ずつけてください。 該当する番号に○印または、□の中にチェックをし、()内は記入してください。一次検診結果は太枠内と必要な内容を御記入ください。					

© がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

6年 印刷

(様式 第4-3号⑤)

一次検診機関へ返送 01

胃がん精密検診結果通知書

一次検診実施機関長 様

一次機関通知日 年 月 日

精密検診機関通知日 年 月 日

精密検診実施機関長

要精検者の精検結果を下記のとおり通知します。

フリガナ		性別	
氏 名		1 男	年 月 日(歳)
		2 女	
現 住 所	〒 区	保健所名	岡山市保健所
一 次 検 診 結 果		精 密 検 診 結 果	
I 実施機関名 及び住所	医療機関コード ()	実 施 機 関 名	医療機関コード () 担 当 医 師 ()
II 検診実施日	年 月 日 受診No.	実施日	年 月 日 カルテ No.
III 所見の部位			
IV 所見の出現 又は診断方 法 (X 線)	1 レリーフ 2 背臥位 3 第一斜位 4 第二斜位 5 その他 ()	検 査 法	1 エックス線検査 2 内視鏡検査 3 生検 4 その他 ()
V 検診の判定 又は診断名	1 胃がん (疑い含む) 2 胃潰瘍 3 胃ポリープ ☐ 胃過形成性ポリープ ☐ 胃底腺ポリープ 4 胃潰瘍癒着痕 5 胃炎 ☐ 萎縮性 ☐ びらん性 ☐ 皺襞腫大 ☐ 鳥肌 ☐ その他 6 十二指腸潰瘍 7 十二指腸潰瘍癒着痕 8 その他 ☐ 胃粘膜下腫瘍 ☐ 食道疾患 () ☐ 他の所見 ()	主診断名	1 異常認めず 2 原発性胃がん ☐ 早期がん ☐ 粘膜内がん ☐ 進行がん ☐ 不明 3 転移性胃がん 4 原発性胃がんの疑い 5 その他の疾病 ☐ 胃潰瘍 ☐ 胃ポリープ ☐ 胃潰瘍癒着痕 ☐ 慢性胃炎 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ 十二指腸潰瘍癒着痕 ☐ 胃粘膜下腫瘍 ☐ その他 ()
VI そ の 他	実施方法 1 集団検診 (☐ 検診車 ☐ その他) 2 個別検診 ☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査 既往検診 1 有 (年 月頃) ☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査 2 無 (今回が初回) ビロリ菌除菌歴 1 有 (年 月頃) 2 無	指 示 項	1 要 治 療 ☐ 手術 ☐ 内視鏡的手術 ☐ 放射線療法 ☐ 化学療法 ☐ 免疫療法 ☐ その他 () 2 経過観察 3 再 検 4 放 置

この報告書は精密検診依頼元の一次検診機関への結果の報告に使ってください。

(様式 第4-3号⑦)

岡山市 01

胃がん精密検診結果通知書

一次機関通知日 年 月 日

岡山市長 様

精密検診機関通知日 年 月 日

岡山大学病院 岡山県がん登録室 経由

要精検者の精検結果を下記のとおり通知します。

フリガナ		性別	
氏名		1 男	年 月 日(歳)
		2 女	
現住所	〒 岡山市 区	保健所名	岡山市保健所
一 次 検 診 結 果		精 密 検 診 結 果	
I 実施機関名 及び住所	医療機関コード ()	実施機関名	医療機関コード () 担当医師 ()
II 検診実施日	年 月 日 受診No.	実施日	年 月 日 カルテNo.
III 所見の部位			
IV 所見の出現 又は診断方法 (X線)	1 レリーフ 2 腹臥位 3 背臥位 4 正面 5 第一斜位 6 第二斜位 7 その他 ()	検査方法	1 エックス線検査 2 内視鏡検査 3 生検 4 その他 ()
V 検診の判定 又は診断名	1 胃がん (疑い含む) 2 胃潰瘍 3 胃ポリープ ☐ 胃過形成性ポリープ ☐ 胃底腺ポリープ 4 胃潰瘍癒着 5 胃炎 ☐ 萎縮性 ☐ びらん性 ☐ 皺襞腫大 ☐ 島肌 ☐ その他 6 十二指腸潰瘍 7 十二指腸潰瘍癒着 8 その他 ☐ 胃粘膜下腫瘍 ☐ 食道疾患 () ☐ 他の所見 ()	主診断名	1 ⑩異常認めず 2 原発性胃がん ⑪ 早期がん ⑫ 粘膜内がん ⑬ 進行がん ⑭ 不明 3 ⑯転移性胃がん 4 ⑰原発性胃がんの疑い 5 その他の疾病 ① 胃潰瘍 ② 胃ポリープ ③ 胃潰瘍癒着 ④ 慢性胃炎 ⑤ 十二指腸潰瘍 ⑥ 十二指腸潰瘍癒着 ⑦ 胃粘膜下腫瘍 ⑧ その他 ()
VI その他	実施方法 1 集団検診 (☐ 検診車 ☐ その他) 2 個別検診 ☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査 既往検診 1 有 (年 月頃) ☐ エックス線検査 ☐ 内視鏡検査 2 無 (今回が初回) ピロリ菌除菌歴 1 有 (年 月頃) 2 無	指示事項	1 要治療 ①手術 ②内視鏡的手術 ③放射線療法 ④化学療法 ⑤免疫療法 ☐ その他 () 2 経過観察 3 再検 4 放置
【送付先】 〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL(086)235-7995			

胃内視鏡検査協力機関届

令和 年 月 日

岡山市長 様

住 所
名 称
代表者氏名
電 話 番 号

岡山市が実施する胃がん検診の胃内視鏡検査協力機関として、次のとおり届け出ます。
なお内視鏡画像は、デジタル形式(JPEG又はDICOM形式)で記録・保存します。

1. 胃内視鏡検査実施医師

医 師 名	項 目(該当する資格に○印)
	a. 日本消化器がん検診学会認定医認定医もしくは総合認定医 b. 日本消化器内視鏡学会専門医 c. 日本消化器病学会専門医 d. 年間概ね 100 件以上もしくは直近 10 年以内に概ね 1000 件以上の実施
	a. 日本消化器がん検診学会認定医認定医もしくは総合認定医 b. 日本消化器内視鏡学会専門医 c. 日本消化器病学会専門医 d. 年間概ね 100 件以上もしくは直近 10 年以内に概ね 1000 件以上の実施
	a. 日本消化器がん検診学会認定医認定医もしくは総合認定医 b. 日本消化器内視鏡学会専門医 c. 日本消化器病学会専門医 d. 年間概ね 100 件以上もしくは直近 10 年以内に概ね 1000 件以上の実施

a～cは専門医等であることを証する書類の写し、dは胃内視鏡検査実績報告書を必ず添付のこと

2. ダブルチェックの実施方法 (該当に○印)

- ・ 内視鏡読影委員会に画像を提出
 - ・ 自院でダブルチェックを実施
 - a. 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医が所属する機関
 - b. 日本消化器内視鏡学会専門医が所属する機関
- (自院でのダブルチェックは、胃内視鏡検査実施医師以外のa又はbが行う。)

3. 使用するスコープの機種(主に使用する機種を一つ記載)

メーカー名	オリンパス	富士フイルム	ペンタックス
機 種	GIF－	EG－	EG－
	GIF－	EG－	EG－
	GIF－	EG－	EG－

胃内視鏡検査実績報告書

令和 年 月 日

岡山市長 様

下記のとおり、過去10年間に1000件以上の胃内視鏡実施実績があったことを報告いたします。

1. 実施医 氏 名

2. 実績件数

	実施年度	実施場所(医療機関名称など)	件数
1	年度		件
2	年度		件
3	年度		件
4	年度		件
5	年度		件
6	年度		件
7	年度		件
8	年度		件
9	年度		件
10	年度		件

(記入要領)

- ・昨年の内視鏡実施件数が100件未満の場合は、過去10年間の実施概数を記載のこと。
- ・医療機関名称は略称可。

胃内視鏡検査協力機関変更届

令和 年 月 日

岡山市長 様

住 所

名 称

代表者氏名

電 話 番 号

下記のとおり、変更がありましたので届け出ます。（変更事項に☑をいれてください。）

☐ 胃内視鏡検査実施医師の追加又は専門医資格等の変更

医 師 名	項 目(該当する資格に○印)
	a. 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医 b. 日本消化器内視鏡学会専門医 c. 日本消化器病学会専門医 d. 年間概ね100件以上もしくは直近10年以内に概ね1000件以上の実施
	a. 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医 b. 日本消化器内視鏡学会専門医 c. 日本消化器病学会専門医 d. 年間概ね100件以上もしくは直近10年以内に概ね1000件以上の実施

a

～cは専門医等であることを証する書類の写し、dは胃内視鏡検査実績報告書を必ず添付のこと

☐ 届出済みの医師が、胃内視鏡検査を実施しなくなった

医師名

☐ ダブルチェックの変更（該当に○印）

- ・ 内視鏡読影委員会に画像を提出
 - ・ 自院でダブルチェックを実施
 - a. 日本消化器がん検診学会認定医もしくは総合認定医が所属する機関
 - b. 日本消化器内視鏡学会専門医が所属する機関
- （自院でのダブルチェックは、胃内視鏡検査実施医師以外のa又はbが行う。）

☐ 使用スコープの機種の変更(主なものを記載)

メーカー名	オリンパス	富士フイルム	ペンタックス
機 種	GIF－	EG－	EG－
	GIF－	EG－	EG－
	GIF－	EG－	EG－

胃内視鏡検査協力機関辞退届

令和 年 月 日

岡山市長 様

住 所

名 称

代表者氏名

電 話 番 号

岡山市が実施する胃がん検診の胃内視鏡検査協力機関を辞退したいので、届け出ます。

辞退の理由

1 資格を有する医師がいないため

2 その他

[

]

様式第4-4号① 子宮がん検診票

(岡山市健康診査様式第4-4号①)															No.	
子宮がん検診票															医療機関名	
費用区分															70歳以上 後期高齢	
一般															無料券 (No.)	
クーポン																
↓太枠の中をご記入ください															「費用区分」は年度末時点の年齢	
フリガナ															左詰め 姓と名の間は1マスあける	
氏名															生年月日	
住所															大正 昭和 平成	
固定電話															0 8 6 -	
携帯電話																
1 昨年、岡山市の子宮がん検診を受けましたか															いいえ はい ⇒昨年受診ありで、年度中に奇数年齢になる方は受診不可(30歳～65歳は毎年受診可)	
2 今までに子宮頸がん検診を受けたことがありますか															ない ある ⇒(2～3年前に受けた ・ 4年以上前に受けた)	
3 過去に精密検査を受けるよういわれたことがありますか															ない ある ⇒精密検査を(受けた ・ 受けていない)	
精密検査の結果 (時期: 年前、結果:)																
4 月経についてお伺いします															初潮 歳 最終月経: 月 日～ 月 日 (日間)	
															閉経 歳 周期: 日型 (順 ・ 不順) 生理痛 (有 ・ 無)	
5 性交経験はありますか															ない ある	
6 妊娠したことがありますか															ない ある ⇒妊娠 回 (出産 回、流産 回) 最終分娩の年齢 歳	
7 今までに右の病気にかかったことがありますか あれば○をしてください															子宮がん 子宮筋腫 卵巣のう腫 子宮内膜症 炎症 腔部ビラン 頸管ポリープ その他()	
8 ホルモン剤を使用したことがありますか															ない ある ⇒(服用中 ・ 過去に服用: 年前)	
9 子宮内避妊具を使用していますか															ない ある ⇒(使用期間: 年)	
10 現在、何か症状がありますか															ない ある ⇒(痛み ・ はれ・むくみ ・ おりもの ・ その他:)	
11 最近6か月以内に右の症状がありますか															不正性器出血 (一過性の少量出血、閉経後出血等) 月経異常 (過多月経、不規則月経等) 褐色のおりもの	
*いずれかの症状があれば、子宮体がん検診(有料)の対象となります。医師から勧められた場合、子宮体がん検診を受けることに同意しますか。															はい いいえ	
12 たばこを吸ったことがありますか															吸ったことがない 過去吸っていたが現在吸っていない 現在吸っている	
13 現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか															いいえ いくつかは禁煙したい 半年以内に禁煙したい すぐに禁煙したい	
【医療機関記入欄】															検査年月日 令和 年 月 日	
視診及び内診															指示コード	
*複数所見がある場合には近いものから順に2つまで記入															1 異常なし	
01 腔部びらん 06 子宮筋腫															2 有所見 放置可	
02 ポリープ 07 卵巣のう腫															3 要観察	
03 腔炎 08 子宮前脱															4 要治療	
04 機能性出血 09 子宮頸がん															5 要精検	
05 頸管炎 10 その他()																
11 著変なし																
頸部細胞診															頸部細胞診結果	
標本作成法															判定コード	
□ 直接塗抹法															01 陰性(N I L M) (□ 微生物 □ その他の非腫瘍性所見)	
□ 液状検体法															02 A S C - U S	
□ サイトピック															03 A S C - H	
□ ヘラ															04 I S I L (□ HPV感染 □ 軽度異形成)	
□ プラン															05 I S I L (□ 中高度異形成 □ 高度異形成 □ 上皮内癌)	
□ 細棒															06 S C C	
□ その他															07 A G C	
()															08 A I S	
標本の適否 □ 適正															09 Adenocarcinoma	
(ハリスダシシステム) □ 不適正															10 other malig.	
体部細胞診															子宮体部細胞診結果	
※実施する場合は実施理由に○															判定	
実施の有無 実施する 実施しない															陰性 擬陽性 陽性	
実施理由 不正性器出血 月経異常 褐色おりもの															指示	
															精検不要 要精検	

[医療機関控]07年印刷

様式第4-4号② 子宮がん検診票

(岡山市健康診査様式第4-4号②)										No. _____															
子宮がん検診票										医療機関名 _____															
フリガナ _____										費用区分 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> (No. _____)										1	2	3			
1	2	3																							
氏名 _____										生年月日 <table border="1"><tr><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr></table>										2	3	4	年	月	日
2	3	4	年	月	日																				
住所 岡山市 区 _____										固定電話 0 8 6 - _____ 携帯電話 _____															
1 _____										15 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
2 _____										16 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
3 _____										17 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
(時期: 年前、結果: _____)										18 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
4 _____										19 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
5 _____										20 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
6 _____										21 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
7 _____										22 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
8 _____										23 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
9 _____										24 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
10 _____										25 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
11 _____										26 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
12 _____										27 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
13 _____										28 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
14 _____										29 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
15 _____										30 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
16 _____										31 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
17 _____										32 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
18 _____										33 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
19 _____										34 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
20 _____										35 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
21 _____										36 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
22 _____										37 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
23 _____										38 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
24 _____										39 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
25 _____										40 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
26 _____										41 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
27 _____										42 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
28 _____										43 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
29 _____										44 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
30 _____										45 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
31 _____										46 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
32 _____										47 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
33 _____										48 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
34 _____										49 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
35 _____										50 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
36 _____										51 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
37 _____										52 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
38 _____										53 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
39 _____										54 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
40 _____										55 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
41 _____										56 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
42 _____										57 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
43 _____										58 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
44 _____										59 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
45 _____										60 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
46 _____										61 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
47 _____										62 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
48 _____										63 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
49 _____										64 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
50 _____										65 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
51 _____										66 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
52 _____										67 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
53 _____										68 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
54 _____										69 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
55 _____										70 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
56 _____										71 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
57 _____										72 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
58 _____										73 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
59 _____										74 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
60 _____										75 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
61 _____										76 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
62 _____										77 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
63 _____										78 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
64 _____										79 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
65 _____										80 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
66 _____										81 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
67 _____										82 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
68 _____										83 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
69 _____										84 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
70 _____										85 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
71 _____										86 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
72 _____										87 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
73 _____										88 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
74 _____										89 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
75 _____										90 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
76 _____										91 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
77 _____										92 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
78 _____										93 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
79 _____										94 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
80 _____										95 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
81 _____										96 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
82 _____										97 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
83 _____										98 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
84 _____										99 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								
85 _____										100 <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td></tr></table>										1	2				
1	2																								

[岡山市提出用]07年印刷

様式第4-4号④ 子宮がん精密検診依頼書

(様式1-4号④)										精密検診実施機関用		05
子宮がん精密検診依頼書												
子宮がん精密検診実施機関長 殿												
下記の方の検診を実施したところ、精密検診の必要がありますのでよろしくお願い致します。 なお、検診結果を記入して、2枚目を一次検診機関へ、3枚目を岡山大学病院岡山県がん登録室へ送付願ください。												
フリガナ						生年月日		大正 昭和 平成		年 月 日 () 歳		
氏 名												
現住所		岡山市 区								岡山市保健所		
一 次 検 診 結 果										記 入 日 年 月 日		
実施機関名								医療機関コード				
検診実施日		年 月 日 受診No()										
検診結果	細胞診	頭部	標本作成法	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法		標本の適否		1. 適正 2. 不適正				
			細胞診判定 (ベセスダシステム)	1. 陰性(NILM) (①微生物 ②その他の非腫瘍性所見) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL (①HPV感染 ②軽度異形成) 5. HSIL (①中等度異形成 ②高度異形成 ③上皮内癌) 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca. 10. Other								
			体部	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 未実施								
	視診・内診・超音波(実施した検査に○)			所見 1. 有() 2. 無								
その他		実施方法	1. 集団検診 2. 個別検診		既往検診		1. 有(年 月頃) 2. 無(今回が初)					
精 密 検 診 結 果										記 入 日 年 月 日		
実施機関名								医療機関コード				
検診実施日		年 月 日 カルテNo()				担当医師()						
検査結果 (実施した全ての検査に○をする。)	コルポスコピー		1. 実施 2. 未実施		HPV検査		1. 陰性 2. 陽性 3. 未実施					
	細胞診	頭部	標本作成法	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法		標本の適否		1. 適正 2. 不適正				
			細胞診判定	1. 陰性(NILM) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca. 10. Other								
			体部	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 未実施								
	組織診	頭部	1. 異常認めず 2. 軽度異形成 3. 中等度異形成 4. 高度異形成 5. 上皮内癌 6. 浸潤癌 7. 未実施									
		体部	1. 異常認めず 2. 異型増殖 3. 浸潤癌 4. 未実施									
その他の検査		検査法 ()										
主診断名 (当てはまる番号に○をする。)	A: 異常なし		1. 異常なし									
	頭部	B: 子宮頭部の悪性腫瘍 *1	2. 扁平上皮癌 3. 腺癌 4. 腺扁平上皮癌		臨床 進行期 分類	6. IA期(微小浸潤癌) 7. IB期以上 8. 臨床進行期不明						
		5. その他の子宮頭部原発性悪性腫瘍										
		C: 子宮頭部の二次性腫瘍	9. 子宮頭部の二次性腫瘍 *2 (原発臓器:)									
		D: 上皮内腺癌(AIS)、子宮頭部上皮内腫瘍(CIN)	10. 上皮内腺癌(AIS) 11. CIN3(高度異形成、上皮内癌、CIN3と記載されているものすべて) 12. CIN2(中等度異形成) 13. CIN1(軽度異形成) 14. CIN3とCIN2の区別ができないもの(HSIL) *3									
		E: がんの疑い又は未確定	15. がんの疑い又は未確定 *4 *5									
	体部	F: 子宮体部の悪性腫瘍	16. 子宮体がん									
		G: A~F以外の異常 *6	17. A~F以外で良性病変 *7 18. A~F以外で子宮頭部・体部以外の悪性腫瘍 *8 () 19. A~F以外でその他 ()									
		*4: A~Fのいずれにも当てはまらない場合のみGに分類する。(A~Fのいずれかに当てはまる場合の記入は不要) *5: 子宮頭部の実主コンシローマ、腺異形成などは、G17に分類する。 *6: コルポ・組織診にて子宮頭部には病変がない悪性腫瘍はG18に分類する。(例: 卵巣がんなど) *7: 子宮頭部の実主コンシローマ、腺異形成などは、G17に分類する。 *8: コルポ・組織診にて子宮頭部には病変がない悪性腫瘍はG18に分類する。(例: 卵巣がんなど)										
	指示事項		1. 要治療(治療中、治療済を含む) 2. 経過観察 3. 再検 4. 放置									

【記入上の注意】 1. フリガナを必ずつけてください。 2. 該当する番号に○をし、() 内は記入してください。
④がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

03年印刷

(様式4-4号⑤)

一次検診機関への返信用

05

子宮がん精密検診結果通知書

一次検診実施機関長 殿

精密検診実施機関長

依頼検査者の精検結果を下記のとおり通知します

フリガナ			大正			
氏名			昭和	年	月 日 () 歳	
現住所	岡山市 区				岡山市保健所	
一 次 検 診 結 果				記入日 年 月 日		
実施機関名				医療機関コード		
検診実施日	年 月 日 受診No.()					
検診結果	細胞診	標本作成法	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法		標本の適否 1. 適正 2. 不適正	
		細胞診判定 (ベセスダシステム)	1. 陰性(NILM) (①微生物 ②その他の非腫瘍性所見) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL (①HPV感染 ②軽度異形成) 5. HSIL (①中等度異形成 ②高度異形成 ③上皮内癌) 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca. 10. Other			
			体部	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 未実施		
	視診・内診・超音波(実施した検査に○)	所見 1. 有() 2. 無				
その他	実施方法	1. 集団検診 2. 個別検診 既往検診 1. 有(年 月頃) 2. 無(今回が初)				
精 密 検 診 結 果				記入日 年 月 日		
実施機関名				医療機関コード		
検診実施日	年 月 日 カルテNo.()					
検査結果 (実施した全ての検査に○をする。)	コルボスコピー	1. 実施 2. 未実施		HPV検査	1. 陰性 2. 陽性 3. 未実施	
	細胞診	標本作成法	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法		標本の適否 1. 適正 2. 不適正	
		細胞診判定	1. 陰性(NILM) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca 10. Other			
			体部	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 未実施		
	組織診	頭部	1. 異常認めず 2. 軽度異形成 3. 中等度異形成 4. 高度異形成 5. 上皮内癌 6. 浸潤癌 7. 未実施			
		体部	1. 異常認めず 2. 異型増殖 3. 浸潤癌 4. 未実施			
その他の検査	検査法 ()					
主診断名 (当てはまる番号に○をする。)	A: 異常なし		1. 異常なし			
	頭部	B: 子宮頸部の悪性腫瘍 *1	2. 扁平上皮癌 3. 腺癌 4. 腺扁平上皮癌		臨床 進行期 分類	6. I A期(微小浸潤癌) 7. I B期以上
		5. その他の子宮頸部原発性悪性腫瘍		8. 臨床進行期不明		
		*1: 二次性腫瘍であることが明らかでない場合は、Bに分類する。また、Bに分類した場合は、「臨床進行期分類」にも記入する。				
		C: 子宮頸部の二次性腫瘍 9. 子宮頸部の二次性腫瘍 *2(原発臓器:)				
		*2: コルボ・組織診にて診断された子宮頸部に存在する、二次性の悪性腫瘍(転移性あるいは直接浸潤)にC9に分類する。(例: 胃がんの転移、子宮体がんの直接浸潤)				
	体部	D: 上皮内腺癌(AIS)、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)	10. 上皮内腺癌(AIS) 11. CIN3(高度異形成、上皮内癌、CIN3と記載されているものすべて) 12. CIN2(中等度異形成) 13. CIN1(軽度異形成) 14. CIN3とCIN2の区別ができないもの(HSIL) *3			
		*3: 病理組織診の結果がHSILとのみ報告され、組織診実施機関等に病理診断結果を問い合わせる。細分類の把握に努めても把握が困難な場合のみD14に分類する。				
		E: がんの疑い又は未確定	15. がんの疑い又は未確定 *4 *5			
	*4: コルボ診未実施の者、又はコルボ・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した細胞診にて異常が検出された者は、以下の診断区分はE15に分類する。(例: 検診の細胞診結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、コルボ診が未実施の者) *5: 精密検査受診者のうち、検査結果が子宮頸がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、E15に分類する。					
F: 子宮体部の悪性腫瘍	16. 子宮体がん					
G: A~F以外の異常 *6	17. A~F以外で良性病変 *7 18. A~F以外で子宮頸部・体部以外の悪性腫瘍 *8 () 19. A~F以外でその他 ()					
*6: A~Fのいずれにもあてはまらない場合のみGに分類する。(A~Fのいずれかにあてはまる場合の記入は不要) *7: 子宮頸部の上皮コンジローマ、腺形成などは、G17に分類する。 *8: コルボ・組織診にて子宮頸部には病変がない悪性腫瘍はG18に分類する。(例: 卵巣がんなど)						
指示事項	1. 要治療(治療中、治療済を含む) 2. 経過観察 3. 再検 4. 放置					

03年印刷

(様式4-4号⑥)		岡山市用(がん登録室送付)		05	
子宮がん精密検診結果通知書					
岡山市長 様 岡山大学病院 岡山県がん登録室経由					
受診検査者の検診結果を下記のとおり通知します。					
フリガナ			大正		
氏名	生年月日		昭和	年 月 日 ()歳	
現住所	岡山市 区		平成		
岡山市保健所					
一 次 検 診 結 果			記入日 年 月 日		
実施機関名			医療機関コード		
検診実施日	年 月 日 受診No.()				
検診結果	細胞診	頭部	標準作成法	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法	
		細胞診判定(ベセスダシステム)	1. 陰性(NILM) (①微生物 ②その他の非腫瘍性所見) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL (①HPV感染 ②軽度異形成) 5. HSIL (①中等度異形成 ②高度異形成 ③上皮内癌) 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca. 10. Other		
	体部	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 未実施			
	複診・内診・超音波(実施した検査に○)	所見 1. 有() 2. 無			
その他	実施方法	1. 集団検診 2. 個別検診 既往検診 1. 有(年 月頃) 2. 無(今回が初)			
精 密 検 診 結 果			記入日 年 月 日		
実施機関名			医療機関コード		
検診実施日	年 月 日 カルテNo.()				
検査結果 (実施した全ての検査に○をする。)	コルポスコピー	1. 実施 2. 未実施		HPV検査	
	細胞診	頭部	標準作成法	1. 直接塗抹法 2. 液状検体法	
		細胞診判定	1. 陰性(NILM) 2. ASC-US 3. ASC-H 4. LSIL 5. HSIL 6. SCC 7. AGC 8. AIS 9. Adeno Ca. 10. Other		
	体部	1. 陰性 2. 疑陽性 3. 陽性 4. 未実施			
	組織診	頭部	1. 異常認めず 2. 軽度異形成 3. 中等度異形成 4. 高度異形成 5. 上皮内癌 6. 浸潤癌 7. 未実施		
		体部	1. 異常認めず 2. 異型増殖 3. 浸潤癌 4. 未実施		
その他の検査	検査法 ()				
主診断名 (当てはまる番号に○をする。)	A: 異常なし		1. 異常なし①		
	頭部	B: 子宮頸部の悪性腫瘍 *1	2. 扁平上皮癌⑨ 3. 腺癌⑫ 4. 腺扁平上皮癌⑬ 5. その他の子宮頸部原発性悪性腫瘍⑭		
		C: 子宮頸部の二次性腫瘍	9. 子宮頸部の二次性腫瘍 *2 (原発臓器:)⑮		
		D: 上皮内腺癌(AIS)、子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)	10. 上皮内腺癌(AIS)⑩ 11. CIN3(高度異形成、上皮内癌、CIN3と記載されているものすべて)⑤ 12. CIN2(中等度異形成)④ 13. CIN1(軽度異形成)③ 14. CIN3とCIN2の区別ができないもの(HSIL) *3⑯		
		E: がんの疑い又は未確定	15. がんの疑い又は未確定 *4 *5⑰		
		F: 子宮体部の悪性腫瘍	16. 子宮体がん⑪		
	G: A~F以外の異常 *6		17. A~F以外で良性病変 *7⑱ 18. A~F以外で子宮頸部・体部以外の悪性腫瘍 *8 ()⑲ 19. A~F以外でその他⑳		
	*1: 二次性腫瘍であることが明らかでない場合は、Bに分類する。また、Bに分類した場合は、臨床進行期分類にも記入する。				
	*2: コルポ・組織診にて診断された子宮頸部に存在する二次性の悪性腫瘍(転移性あるいは直接浸潤)はCに分類する。(例: 胃がんの転移、子宮体がんの直接浸潤)				
	*3: 病理組織診の結果がHSILのみ報告され、組織診断実施機関等に病理診断結果を問い合わせる必要はないが、転移が困難な場合のみD14に分類する。				
*4: コルポ・組織診未実施の者、又はコルポ・組織診にて異常を認めないが精密検査として同時に実施した組織診にて異常が検出された者は、以下の診断区分はE15に分類する。(例: 検診の細胞診結果がASC-USで、精密検査としてHPV検査や細胞診のみ実施しており、コルポ診が未実施の者)					
*5: 精密検査受診者のうち、検査結果が子宮頸がんの疑いのある者、精密検査が継続中で検査結果が確定していない者は、E15に分類する。					
*6: A~Fのいずれにも当てはまらない場合のみGに分類する。(A~Fのいずれかに当てはまる場合の記入は不要)					
*7: 子宮頸部の実質コンジローマ、腺異形成などは、G17に分類する。					
*8: コルポ・組織診にて子宮頸部には病変がない悪性腫瘍はG18に分類する。(例: 卵巣がんなど)					
指示事項 1. 要治療(治療中、治療済を含む) 2. 経過観察 3. 再検 4. 放置					

(岡山市健康診査様式第4-5号①)

乳がん検診票

医療機関名

医療機関
コード

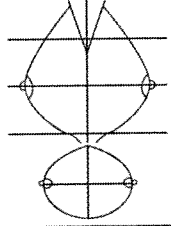
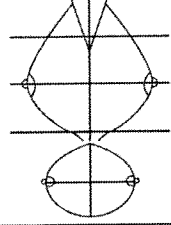
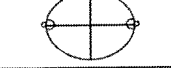
自院 撮影	50歳以上1方向：3 40～49歳2方向：5	他院 撮影	50歳以上1方向：2 40～49歳2方向：4	区別1	費用区分	一般	70歳以上・ 後期高齢	無料券 No()	クーポン
----------	---------------------------	----------	---------------------------	-----	------	----	----------------	-----------	------

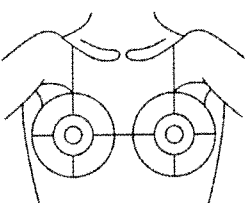
「区別1」、「費用区分」は年度末時点の年齢

↓太枠の中をご記入ください

フリガナ											左詰め 姓と名の間は1マスあける	生年月日	大正	昭和	年	月	日		
氏名											年齢	歳							
住所	岡山市 区										固定電話	086-		-					
											携帯電話								
1	乳がん検診を受けたことがありますか										ない	ある ⇒ 内容(視触診 ・ マンモグラフィ ・ エコー)							
2	昨年、岡山市の乳がん検診を受けましたか										いいえ	はい ⇒ 昨年受診ありで、年度中に奇数年齢になる方は受診不可							
3	豊胸手術を受けている、またはペースメーカー等を挿入していますか										いいえ	はい ⇒ 「はい」の場合は受診不可							
4	月経の状態、出産回数について(右詰めで記入)										初潮		歳	閉経		歳	出産回数		回
5	血縁者に乳がんの人がいますか										いない	いる ⇒ (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 子 ・ おば ・ いとこ)							
6	乳房の病気にかったことがありますか										ない	ある ⇒ (歳頃 病名:)							
7	乳房に何か症状がありますか										ない	ある ⇒ (しこり ・ 痛み ・ 分泌物 ・ その他:)							
8	ホルモン剤を使用したことがありますか										ない	ある ⇒ (服用中 ・ 過去に服用 歳頃)							
9	乳がん自己触診をしていますか										している	時々している	していない						
10	たばこを吸ったことがありますか										吸ったことがない	過去吸っていたが現在吸っていない	現在吸っている						
11	現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか										いいえ	いつかは禁煙したい	半年以内に禁煙したい	すぐに禁煙したい					

【医療機関記入欄】

マンモ 撮影日	令和		年		月		日	医療機関名 読影医師名 (ゴム印可)	読影医機関コード
マンモグラフィ所見1		乳腺評価 : 脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 高濃度							
(R) 右乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()		MLO(全乳) R				L		(L) 左乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()	
		CC(40～49歳)							
カテゴリー 1. 異常なし 2. 良性 3. 良性しかし悪性を否定できない 4. 悪性の疑い 5. 悪性		R		L		数字を記入			
マンモグラフィ所見2		乳腺評価 : 脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 高濃度							
(R) 右乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()		MLO(全乳) R				L		(L) 左乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()	
		CC(40～49歳)							
カテゴリー 1. 異常なし 2. 良性 3. 良性しかし悪性を否定できない 4. 悪性の疑い 5. 悪性		R		L		数字を記入			

視触診所見	検査年月日	令和		年		月		日	診察医師名 (ゴム印可)
	当てはまる項目に○								
	0. 特記事項なし								
	1. 腫瘍								
	2. 硬結								
	3. 乳頭 陥没								
4. 腋窩リンパ節腫脹									
5. その他 ()									
判定									
1	精検不要 (異常認めず、経過観察)								
2	要精検								

*マンモ所見を総じてカテゴリー3以上がある場合は、判定は要精検とする。

〔医療機関控〕 6年印刷

(岡山市健康診査様式第4-5号②)															No. _____																										
乳がん検診票															医療機関名 _____					医療機関コード _____																					
[自院 撮影]		50歳以上1方向: 3 40~49歳2方向: 5					[他院 撮影]		50歳以上1方向: 2 40~49歳2方向: 4					区別1		2		3		4		費用区分		1		2		3		4											
フリガナ															生年月日															2		3		年		月		日			
氏 名															②															歳		10		11		12		13			
住 所															岡山市 区															固定電話		086-		-		-		-		-	
															携帯電話															2		2		*							
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									
															1															2		*									

No. _____

(岡山市健康診査様式第4-5号③)

乳がん検診票

医療機関名 _____

医療機関
コード _____

〔自院撮影〕	50歳以上1方向：3 40～49歳2方向：5	〔他院撮影〕	50歳以上1方向：2 40～49歳2方向：4	区別1	費用区分	一般	70歳以上・後期高齢	無料券 No()	クーポン
--------	---------------------------	--------	---------------------------	-----	------	----	------------	-----------	------

〔区別1〕・〔費用区分〕は年度末時点の年齢

フリガナ											生年月日	大正	昭和		年		月		日	
氏名											年 齢									歳
住所	岡山市 区										固定電話	086-			-					
											携帯電話									
1	乳がん検診を受けたことがありますか										ない	ある ⇒ 内容(視触診 ・ マンモグラフィ ・ エコー)								
2	昨年、岡山市の乳がん検診を受けましたか										いいえ	はい ⇒ 昨年受診ありで、年度中に奇数年齢になる方は受診不可								
3	豊胸手術を受けている、またはペースメーカー等を挿入していますか										いいえ	はい ⇒ 「はい」の場合は受診不可								
4	月経の状態、出産回数について(右詰めで記入)										初潮		歳	閉経		歳	出産回数		回	
5	血縁者に乳がんの人がいますか										いない	いる ⇒ (祖母 ・ 母 ・ 姉妹 ・ 子 ・ おば ・ いとこ)								
6	乳房の病気ににかかったことがありますか										ない	ある ⇒ (歳頃 病名:)								
7	乳房に何か症状がありますか										ない	ある ⇒ (しこり ・ 痛み ・ 分泌物 ・ その他:)								
8	ホルモン剤を使用したことがありますか										ない	ある ⇒ (服用中 ・ 過去に服用 歳頃)								
9	乳がん自己触診をしていますか										している	時々している	していない							
10	たばこを吸ったことがありますか										吸ったことがない	過去吸っていたが現在吸っていない	現在吸っている							
11	現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか										いいえ	いつかは禁煙したい	半年以内に禁煙したい	すぐに禁煙したい						

〔医療機関記入欄〕

マンモ撮影日	令和		年		月		日	医療機関名 読影医師名 (ゴム印可)	撮影医療機関コード
マンモグラフィ所見1		乳腺評価 : 脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 高濃度							
(R)右乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()		MLO(全乳)		R			L	(L)左乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()	
		CC(40～49歳)							
カテゴリー 1. 異常なし 2. 良性 3. 良性しかし悪性を否定できない 4. 悪性の疑い 5. 悪性		R		L		数字を記入			
マンモグラフィ所見2		乳腺評価 : 脂肪性 ・ 乳腺散在 ・ 不均一高濃度 ・ 高濃度							
(R)右乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()		MLO(全乳)		R			L	(L)左乳房 当てはまるものに○ 1. 特記事項なし 2. 腫瘍 3. 石灰化(良性・鑑別を要す) 4. その他所見 (非対称・構築の乱れ・リンパ節・皮膚所見・その他) 5. 判定不能()	
		CC(40～49歳)							
カテゴリー 1. 異常なし 2. 良性 3. 良性しかし悪性を否定できない 4. 悪性の疑い 5. 悪性		R		L		数字を記入			

視触診所見	検査年月日	令和		年		月		日	診察医師名 (ゴム印可)						
		0. 特記事項なし ☐ 当てはまる項目に○ 1. 腫瘍 ☐ R ☐ L 2. 硬結 ☐ R ☐ L 3. 乳頭 陥没 ☐ R ☐ L びらん ☐ R ☐ L 異常分泌 ☐ R ☐ L 4. 腋窩リンパ節腫脹 ☐ R ☐ L 5. その他 ()													
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">判 定</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>精検不要 (異常認めず、経過観察)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>要精検</td> </tr> </table>		判 定		1	精検不要 (異常認めず、経過観察)	2	要精検	*マンモ所見を総じてカテゴリー3以上がある場合は、判定は要精検とする。 [マンモ撮影機関控] 6年印刷							
判 定															
1	精検不要 (異常認めず、経過観察)														
2	要精検														

(様式第4-5-1①)

No. _____

マンモグラフィ撮影券

(岡山市乳がんマンモグラフィ併用検診)

住 所 _____

氏 名 _____ 様

(生年月日 . . .) (☎ —)

①下記の撮影機関でマンモグラフィを受けてください。

この撮影券と医療機関から渡された封筒を必ず持参してください。

・撮影機関名：

(☎ —)

・受 診 日： 年 月 日

・受 付 時 間： 時 分 まで

※予約後、やむを得ず上記の日時でご都合が悪くなった方は、
受付医療機関（かかりつけ医）までご連絡ください。

②撮影後、

年 月 日 時 分から 時 分までに
当院にお越しください。診断結果の説明を行います。

受付医療機関名（かかりつけ医）

(☎ —)

担当者

※受付医療機関・担当者名は必ず記入してください。

[受診者用]

(様式第4-5-1②)

No. _____

マンモグラフィ撮影券

(岡山市乳がんマンモグラフィ併用検診)

住 所 _____

氏 名 _____ 様

(生年月日 . . .)(☎ —)

①下記の撮影機関でマンモグラフィを受けてください。

この撮影券と医療機関から渡された封筒を必ず持参してください。

・撮影機関名：

(☎ —)

・受 診 日： 年 月 日

・受 付 時 間： 時 分 まで

※予約後、やむを得ず上記の日時でご都合が悪くなった方は、
受付医療機関（かかりつけ医）までご連絡ください。

②撮影後、

年 月 日 時 分から 時 分までに
当院にお越しください。診断結果の説明を行います。

受付医療機関名（かかりつけ医）

(☎ —)

担当者

※受付医療機関・担当者名は必ず記入してください。

[受付医療機関控]

乳がん検診マンモグラフィ撮影機関届

令和 年 月 日

岡山市長 様

名 称
代 表 者 氏 名
所 在 地
電 話 番 号

市町村が住民に対して実施する乳がん検診のマンモグラフィ撮影機関として、次のとおり届け出ます。

1 乳がん診断担当医師		
氏 名	①日本乳がん検診精度管理 中央機構の認定医（読影）及 び講習会の評価	備 考
	A・B・その他	
	A・B・その他	
	A・B・その他	
	A・B・その他	

項 目	基 準	名称・内容等
2 乳がん診断用特殊エックス線撮影装置について	機種名及び型式	
	メーカー名	
	線 量	3 mG y 以下
	購入年月日	
	日本医学放射線 学会の定める仕 様基準	満たしている ・ いない

項 目	基 準	氏名・内容等
3 診療放射線技師、施設画像評価について	①日本乳がん検診精度管理中央機構の行う乳房エックス線検査に関する講習会を修了した診療放射線技師及び評価試験の判定	氏 名 評価判定 A ・ B
		氏 名 認定判定 A ・ B
		氏 名 評価判定 A ・ B
	②日本乳がん検診精度管理中央機構の施設画像評価を受けA又はBの評価を受けているか	受けている ・ 受けていない

(注 1) 1、3の①については氏名記入のうえ、A又はBに○印をすること。

(注 2) 1、3の①については認定医（専門医）であることを証する書類の写しを添付すること。

(注 3) 3の②については評価を示す書類の写しを添付すること。

乳がん検診マンモグラフィ撮影機関辞退届

令和 年 月 日

岡山市長 様

名 称
代 表 者 氏 名
所 在 地
電 話 番 号

次の医療機関について、乳がん検診マンモグラフィ撮影機関を辞退したいので、届け出ます。

機 関 名 称	
機 関 の 所 在 地	
辞 退 す る 理 由	

(様式4-5号④)

精密検査実施機関控 04

乳がん精密検査依頼書

乳がん精密検査実施機関長 殿

年 月 日

岡山市長

下記の方の検査を実施したところ、精密検査の必要がありますのでよろしくお願い申し上げます。
なお、検査結果を記入して、2枚目を一次検診機関へ、3枚目を岡山大学病院岡山県がん登録室へ御回報ください。

フリガナ	性別	生年 月 日	大正 昭和	年 月 日(歳)
氏 名	女			
現 住 所	岡山市 区	保健 所名	岡山市保健所	

一次検診結果		精密検査結果	
I 実施 機関名	医療機関コード()	実施 機関名	医療機関コード() 担当医師()
II 診断方法及び 検診実施日	☐ 視 触 診 年 月 日 受診 No. ☐ マンモグラフィ 年 月 日 受診 No.	実施日	年 月 日 カルテNo.
III 家 族 歴	乳がん ☐ 無 ☐ 有	診断MG	診断US (診断)
IV 視触診所見	腫 瘍 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 硬 結 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 乳 頭 陥 凹 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) びらん : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 異常分泌 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 腋窩リンパ節腫脹 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 皮 膚 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) (☐ 右 ☐ 左) ☐ 発赤と浮腫 ☐ 衛星結節 ☐ 潰瘍	右 左 右 左 右 左 右 左 1 1 1 1 1 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 3-1 3-1 3 3 3 3 3 3 3-2 3-2 3 3 3 3 3 3 4 4 4 4 4 4 4 4 5 5 5 5 5 5 5 5 腫瘍 腫瘍 US腫瘍 US腫瘍 (備考) N N 石灰化 石灰化 () () D D 非対称 非対称 US非腫瘍 US非腫瘍 構造的乱れ 構造的乱れ () ()	
V マンモグラフィ 所 見	【乳房構成】 ☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 極めて高濃度	所見	
【右】	【左】		
カテゴリー	カテゴリー	1 2 3 4 5 1 2 3 4 5 腫瘍 腫瘍 石灰化 石灰化 非対称 非対称 構造的乱れ 構造的乱れ その他 その他 () ()	
【比較読影】	☐ 無 ☐ 有(☐ 新規 ☐ 増大 ☐ 不変 ☐ 縮小 ☐ 消失)	生検/細胞診 右 左 ☐ 無 ☐ 無 ☐ FNA ☐ FNA ☐ CNB ☐ CNB ☐ VAB ☐ VAB ☐ 外科 外科 ☐ 生検 生検 精密検査偶発症 ☐ 無 ☐ 有 ()	
VI その他	1. 集団検診 ☐ 検診車 ☐ その他 ☐ 2. 個別検診 既往検診 1 有 視 触 診 (年 月 日 受診) マンモグラフィ (年 月 日 受診) 2 無 (今回が初回)	診 断 と 指 導 区 分 右 左 区 分 1 1 1 異状認めず(検診推奨) 2 2 2 良性病変(検診推奨) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他() 3 3 3 良性病変(確定済、経過観察) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他() 4 4 4 良性病変疑(未確定、要経過観察) 5 5 5 悪性病変疑(未確定、諸事情により要経過観察) 6 6 6 要治療:DCIS 7 7 7 要治療:早期浸潤癌 8 8 8 要治療:非早期浸潤癌 9 9 9 要治療:乳癌以外()	
【記入上の注意】		ス テ ー ジ	
1. フリガナを必ずつけてください。 2. 該当する番号に○印、または□の中にチェックをし、()内は記入してください。 3. 精密検査実施日は、初回のものを記入してください。		☐ 0期 ☐ I 期 ☐ II 期 ☐ III 期 ☐ IV 期	

◎がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

05年印刷

(様式4-5号⑤)

一次検診機関へ返送

04

乳がん精密検査結果通知書

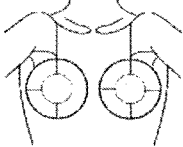
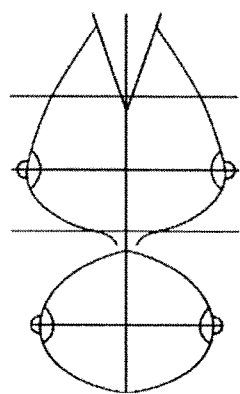
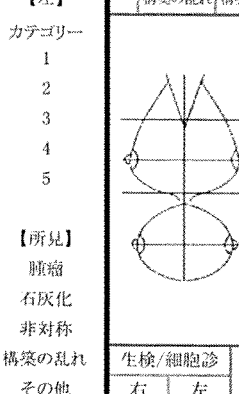
一次検診実施機関長 殿

一次機関通知日 年 月 日

精密検査実施機関通知日 年 月 日

要精検者の精検結果を下記のとおり通知します。

精密検査実施機関長

フリガナ				性別	生年月日	大正昭和	年	月	日(歳)				
氏名				女									
現住所	岡山市 区						保健所名	岡山市保健所					
一次検診結果					精密検査結果								
I 実施機関名	医療機関コード()				実施機関名	医療機関コード() 担当医師()							
II 診断方法及び検診実施日	☐ 視触診 年 月 日受診 No. ☐ マンモグラフィ 年 月 日受診 No.				実施日	年 月 日 カルテNo.							
III 家族歴	乳がん ☐ 無 ☐ 有				診断MG	診断US		診断	診断カテゴリー				
IV 視触診所見	腫瘍 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 硬結 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 乳頭陥凹 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) びらん : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 異常分泌 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 腋窩リンパ節腫脹 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 皮膚 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) (☐ 右 ☐ 左) ☐ 発赤と浮腫 ☐ 衛星結節 ☐ 潰瘍				右	左	右	左	右	左	右	左	
					1	1	1	1	1	1	1	1	
					2	2	2	2	2	2	2	2	
					3-1	3-1	3	3	3	3	3	3	
					3-2	3-2							
					4	4	4	4	4	4	4	4	
				5	5	5	5	5	5	5	5		
V マンモグラフィ所見	【乳房構成】 ☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 極めて高濃度				所見	腫瘍 腫瘍 US腫瘍 US腫瘍(備考) 石灰化 石灰化 () () 非対称 非対称 US非腫瘍 US非腫瘍 構築の乱れ 構築の乱れ () ()				N	N		
										D	D		
【右】					【左】								
カテゴリー					カテゴリー								
1					1								
2					2								
3					3								
4					4								
5					5								
【所見】	腫瘍 石灰化 非対称 構築の乱れ その他 ()				【所見】	腫瘍 石灰化 非対称 構築の乱れ その他 ()							
【比較読影】 ☐ 無 ☐ 有(☐ 新規 ☐ 増大 ☐ 不変 ☐ 縮小 ☐ 消失)													
1. 集団検診 ☐ 検診車 ☐ その他 2. 個別検診 既往検診				生検/細胞診 右 左 ☐ 無 ☐ 無 ☐ FNA ☐ FNA ☐ CNB ☐ CNB ☐ VAB ☐ VAB ☐ 外科生検 ☐ 外科生検									
VI その他 1 有 視触診(年 月 日受診) マンモグラフィ(年 月 日受診) 2 無(今回が初回)				精密検査偶発症 ☐ 無 ☐ 有()									
この結果通知書は、精密検査依頼元の一次検診機関への結果報告に使用してください。				診断と指導区分 右 左 1 1 1 異状認めず(検診推奨) 2 2 2 良性病変(検診推奨) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他() 3 3 3 良性病変(確定済、経過観察) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他() 4 4 4 良性病変疑(未確定、要経過観察) 5 5 5 悪性病変疑(未確定、諸事情により要経過観察) 6 6 6 要治療:DCIS 7 7 7 要治療:早期浸潤癌 8 8 8 要治療:非早期浸潤癌 9 9 9 要治療:乳癌以外()									
				ステージ ☐ 0期 ☐ I期 ☐ II期 ☐ III期 ☐ IV期									

(様式4-5号⑥)

岡山市 04

乳がん精密検査結果通知書

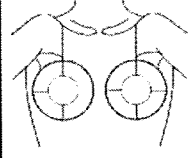
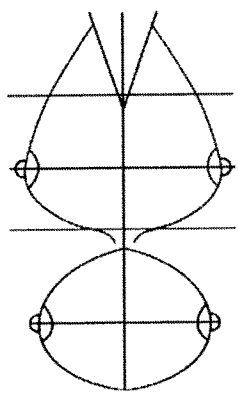
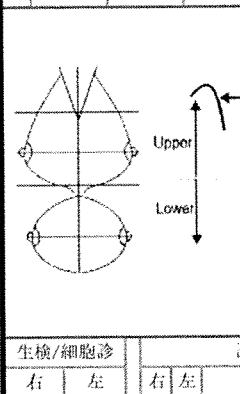
岡山市長 様
岡山大学病院 岡山県がん登録室 経由

一次機関通知日 年 月 日

精密検査実施機関通知日 年 月 日

要精検者の精検結果を下記のとおり通知します。

精密検査実施機関長

フリガナ			性別	生年月日	大正 年 月 日(歳)																																																																																			
氏 名			女	昭和	年 月 日																																																																																			
現住所	岡山市 区				保健所名	岡山市保健所																																																																																		
一次検診結果			精密検査結果																																																																																					
I 実施機関名	医療機関コード()		実施日	年 月 日 カルテNo.																																																																																				
II 診断方法及び検診実施日	☐ 視触診 年 月 日受診 No. ☐ マンモグラフィ 年 月 日受診 No.																																																																																							
III 家族歴	乳がん ☐ 無 ☐ 有																																																																																							
IV 視触診所見	 腫 瘍 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 硬 結 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 乳 頭 陥 凹 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) びらん : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 異常分泌 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 腋窩リンパ節腫脹 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) 皮 膚 : ☐ 無 有(☐ 右 ☐ 左) (☐ 右 ☐ 左) ☐ 発赤と浮腫 ☐ 衛星結節 ☐ 潰瘍																																																																																							
V マンモグラフィ所見	☐ 乳房構成 ☐ 脂肪性 ☐ 乳腺散在 ☐ 不均一高濃度 ☐ 極めて高濃度		診断MG 診断US (診断) 診断カテゴリー(DC) <table border="1"> <tr> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3-1</td> <td>3-1</td> <td rowspan="2">3</td> <td rowspan="2">3</td> <td rowspan="2">3</td> <td rowspan="2">3</td> <td rowspan="2">3</td> <td rowspan="2">3</td> </tr> <tr> <td>3-2</td> <td>3-2</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>腫瘍</td> <td>腫瘍</td> <td>US腫瘍</td> <td>US腫瘍(備考)</td> <td colspan="2"></td> <td>N</td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>石灰化</td> <td>石灰化</td> <td>()</td> <td>()</td> <td colspan="2"></td> <td>D</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>非対称</td> <td>非対称</td> <td>US非腫瘍</td> <td>US非腫瘍</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>構築の乱れ</td> <td>構築の乱れ</td> <td>()</td> <td>()</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				右	左	右	左	右	左	右	左	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3-1	3-1	3	3	3	3	3	3	3-2	3-2	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	腫瘍	腫瘍	US腫瘍	US腫瘍(備考)			N	N	石灰化	石灰化	()	()			D	D	非対称	非対称	US非腫瘍	US非腫瘍					構築の乱れ	構築の乱れ	()	()				
右	左	右	左	右	左	右	左																																																																																	
1	1	1	1	1	1	1	1																																																																																	
2	2	2	2	2	2	2	2																																																																																	
3-1	3-1	3	3	3	3	3	3																																																																																	
3-2	3-2																																																																																							
4	4	4	4	4	4	4	4																																																																																	
5	5	5	5	5	5	5	5																																																																																	
腫瘍	腫瘍	US腫瘍	US腫瘍(備考)			N	N																																																																																	
石灰化	石灰化	()	()			D	D																																																																																	
非対称	非対称	US非腫瘍	US非腫瘍																																																																																					
構築の乱れ	構築の乱れ	()	()																																																																																					
【右】	 カテゴリー 1 2 3 4 5 【所見】 腫瘍 石灰化 非対称 構築の乱れ その他 ()		 カテゴリー 1 2 3 4 5 【所見】 腫瘍 石灰化 非対称 構築の乱れ その他 ()																																																																																					
【比較減影】 ☐ 無 ☐ 有(☐ 新規 ☐ 増大 ☐ 不変 ☐ 縮小 ☐ 消失)																																																																																								
VI その他	1. 集団検診 ☐ 検診車 ☐ その他 ☐ 2. 個別検診 既往検診 1 有 視触診(年 月 日受診) マンモグラフィ(年 月 日受診) 2 無 (今回が初回)		生検/細胞診 <table border="1"> <tr> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>☐ 無 ☐ 有</td> <td>☐ 無 ☐ 有</td> </tr> <tr> <td>☐ FNA ☐ FNA</td> <td>☐ FNA ☐ FNA</td> </tr> <tr> <td>☐ CNB ☐ CNB</td> <td>☐ CNB ☐ CNB</td> </tr> <tr> <td>☐ VAB ☐ VAB</td> <td>☐ VAB ☐ VAB</td> </tr> <tr> <td>☐ 外科生検 ☐ 外科生検</td> <td>☐ 外科生検 ☐ 外科生検</td> </tr> <tr> <td colspan="2">精密検査偶発症 ☐ 無 ☐ 有 ()</td> </tr> </table>				右	左	☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有	☐ FNA ☐ FNA	☐ FNA ☐ FNA	☐ CNB ☐ CNB	☐ CNB ☐ CNB	☐ VAB ☐ VAB	☐ VAB ☐ VAB	☐ 外科生検 ☐ 外科生検	☐ 外科生検 ☐ 外科生検	精密検査偶発症 ☐ 無 ☐ 有 ()																																																																					
右	左																																																																																							
☐ 無 ☐ 有	☐ 無 ☐ 有																																																																																							
☐ FNA ☐ FNA	☐ FNA ☐ FNA																																																																																							
☐ CNB ☐ CNB	☐ CNB ☐ CNB																																																																																							
☐ VAB ☐ VAB	☐ VAB ☐ VAB																																																																																							
☐ 外科生検 ☐ 外科生検	☐ 外科生検 ☐ 外科生検																																																																																							
精密検査偶発症 ☐ 無 ☐ 有 ()																																																																																								
【送付先】 〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL:086-235-7995		診 断 と 指 導 区 分 <table border="1"> <tr> <th>右</th> <th>左</th> <th>区 分</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1 異状認めず(検診推奨)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>2 良性病変(検診推奨) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他() </td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>3 良性病変(確定済、経過観察) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他() </td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>4</td> <td>4 良性病変疑(未確定、要経過観察)</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>5</td> <td>5 悪性病変疑(未確定、諸事情により要経過観察)</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>6</td> <td>6 要治療:DCIS</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>7</td> <td>7 要治療:早期浸潤癌</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>8</td> <td>8 要治療:非早期浸潤癌</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>9</td> <td>9 要治療:乳癌以外()</td> </tr> </table>				右	左	区 分	1	1	1 異状認めず(検診推奨)	2	2	2 良性病変(検診推奨) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他()	3	3	3 良性病変(確定済、経過観察) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他()	4	4	4 良性病変疑(未確定、要経過観察)	5	5	5 悪性病変疑(未確定、諸事情により要経過観察)	6	6	6 要治療:DCIS	7	7	7 要治療:早期浸潤癌	8	8	8 要治療:非早期浸潤癌	9	9	9 要治療:乳癌以外()																																																					
右	左	区 分																																																																																						
1	1	1 異状認めず(検診推奨)																																																																																						
2	2	2 良性病変(検診推奨) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他()																																																																																						
3	3	3 良性病変(確定済、経過観察) ☐ 乳腺症 ☐ 線維腺腫 ☐ 嚢胞 ☐ 乳管内乳頭腫 ☐ その他()																																																																																						
4	4	4 良性病変疑(未確定、要経過観察)																																																																																						
5	5	5 悪性病変疑(未確定、諸事情により要経過観察)																																																																																						
6	6	6 要治療:DCIS																																																																																						
7	7	7 要治療:早期浸潤癌																																																																																						
8	8	8 要治療:非早期浸潤癌																																																																																						
9	9	9 要治療:乳癌以外()																																																																																						
		ステージ ☐ 0期 ☐ I期 ☐ II期 ☐ III期 ☐ IV期																																																																																						

05年印刷

(岡山市健康診査様式第 4-6 号①ア)

検診当日の持ち物：健康保険証等本人確認できる書類

No. _____

結核・肺がん検診票

医療機関名 _____

医療機関
コード _____

検診区分	結核	結核 肺がん
------	----	-----------

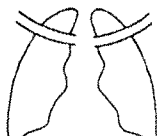
費用区分	一般	70歳以上・ 後期高齢	無料券 (No. _____)
------	----	----------------	-----------------

「費用区分」は年度末時点の年齢

↓ 太枠の中をご記入ください

フリガナ	左詰め 姓と名の間は1マスあける										生年月日	大正	昭和	平成	年	月	日	
氏 名											性 別	男	女	年 齢			歳	
住 所	岡山市 区										固定電話	086-						
											携帯電話							
											職 業	ない	ある	※職種や労働・パートの別を問わない				
1	女性の方にお聞きします 現在、妊娠の可能性はありますか										いいえ	はい						
2	今までにこの検診を受けたことがありますか										いいえ	はい	⇒今から (1~3年前 4年以上前)					
3	過去に精密検査を受けるよういわれたことはありますか										いいえ	はい	⇒精密検査を (受けた 受けていない)					
	精密検査の結果 ()																	
4	たばこを吸ったことがありますか										吸ったことが ない	過去吸っていたが 現在吸っていない	現在吸っている					
5	現在または過去にたばこを吸っていた方は、1日平均何本をおよそ何年間喫煙していましたか (加熱式たばこは、カートリッジの本数で計算) 1日平均 本 × 年間 → 喫煙指数										※喫煙指数が600以上で50歳以上の方は「たん」の検査(有料)をお勧めします							
6	現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか										いいえ	いつかは禁煙したい	半年以内に禁煙したい	すぐに禁煙したい				
7	6か月以内に「血たん」が出たことがありますか										いいえ	はい						
8	今までに右の病気にかかったことがありますか あれば○でかこんでください(複数可)										結 核	肺気腫	肺 炎	じん肺				
											慢性気管支炎	気管支拡張症						
											喘 息	心疾患	肺がん	その他				
9	今までに粉じんを扱う仕事をしたことがありますか あれば○でかこんでください(複数可)										石 綿	紙 粉	石 粉					
											いぐさ	鉄 粉	その他					
10	今まで胸のレントゲンに影(異常)があるといわれたことがありますか										いいえ	は い						

【医療機関記入欄】

読影判定 (結核・肺がん共通)		検査年月日	令和		年		月		日
2	異常所見を認めない	所見 フィルムNo. 	結果記入欄						
3	異常所見を認めるが、急いで治療や精検を必要としない		肺がん検診	読影判定					
4	肺がん以外の疾患が考えられ精査や治療を必要とする			略痰検査判定					
5	肺がんの疑いで精検を必要とする (少しでも肺がんの可能性があれば5を選択)			指示コード					
略痰検査判定			結核検診	読影判定					
1	材料不適・再検査			指示コード					
2	現在異常を認めない								
3	程度に応じて6か月以内の再検査と追跡								
4	高度異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍が疑われる細胞を認め、精検を必要とする								
5	悪性腫瘍細胞を認められ精検を必要とする								
指示コード (結核・肺がん共通)		・読影については岡山市健康増進事業等実施要領に基づき、二重読影(その判定によっては比較読影)を行うこと ・読影不能については再撮影を行い、その結果判定及び指示がでるものについては検診票を提出すること							
1	精検不要								
2	要精検								

【医療機関控】 05年印刷

(岡山市健康診査様式第4-6号①イ)

No.

肺がん検診票

医療機関名

医療機関コード

費用区分

一般
70歳以上・後期高齢
無料券 (No.)

「費用区分」は年度末時点の年齢

! 太枠の中をご記入ください

フリガナ											左詰め 姓と名の間は1マスあける	生年月日	大正	昭和		年		月		日
氏名											性別	男	女	年齢					歳	
住所	岡山市 区										固定電話	086-			-					
											携帯電話									
											職業	ない	ある	※職種や常勤・パートの別を問わない						
1	女性の方にお聞きします 現在、妊娠の可能性はありますか										いいえ	はい								
2	今までにこの検診を受けたことがありますか										いいえ	はい	⇒今から (1~3年前 4年以上前)							
3	過去に精密検査を受けるよういわれたことはありますか										いいえ	はい	⇒精密検査を (受けた 受けていない)							
	精密検査の結果 ()																			
4	たばこを吸ったことがありますか										吸ったことが ない	過去吸っていたが 現在吸っていない	現在吸っている							
5	現在または過去にたばこを吸っていた方は、1日平均何本をおよそ何年間喫煙していましたか (加熱式たばこは、カートリッジの本数で計算) 1日平均 本 × 年間 → 喫煙指数										※喫煙指数が600以上で50歳以上の方は「たん」の検査をお勧めします									
6	現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか										いいえ	いつかは禁煙したい	半年以内に禁煙したい	すぐに禁煙したい						
7	6か月以内に「血たん」が出たことがありますか										いいえ	はい								
8	今までに右の病気にかかったことがありますか あれば○でかこんでください(複数可)										結核	肺気腫	肺炎	じん肺						
											慢性気管支炎	気管支拡張症								
											喘息	心疾患	肺がん	その他						
9	今までに粉じんを扱う仕事をしたことがありますか あれば○でかこんでください(複数可)										石綿	紙粉	石粉							
											いぐさ	鉄粉	その他							
10	今まで胸のレントゲンに影(異常)があるといわれたことがありますか										いいえ	はい								

【医療機関記入欄】

フィルムNo.
所見

・読影については岡山市健康増進事業等実施要領に基づき、二重読影(その判定によっては比較読影)を行うこと
・読影不能については再撮影を行い、その結果、判定及び指示がでるものについては検診票を提出すること(読影不能で指示のでない検診票は提出不要)
・呼吸器疾患以外は「精検不要」とし、医療紹介とすること

検査年月日
令和
年
月
日

読影判定(該当の数字に○)

② 異常所見を認めない
③ 異常所見を認めるが、急いで治療や精検を必要としない
④ 肺がん以外の疾患が考えられ精査や治療を必要とする
⑤ 肺がんの疑いで精検を必要とする
(少しでも肺がんの可能性があれば5を選択)

略検検査判定(50歳以上かつ喫煙指数600以上で略検検査実施の場合のみ)

① 材料不適・再検査
② 現在異常を認めない
③ 程度に応じて6か月以内の再検査と追跡
④ 高度異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍が疑われる細胞を認め、精検を必要とする
⑤ 悪性腫瘍細胞を認められ精検を必要とする

指示(該当の数字に○)

① 精検不要
② 要精検

[医療機関控] 6年印刷

(岡山市健康診査様式第4-6号②イ)

肺がん検診票

No. _____

医療機関名

医療機関
コード

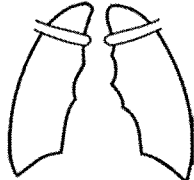
1	2
---	---

検診 区分	②
----------	---

費用区分	1	2	3	(No. _____)
------	---	---	---	-------------

フリガナ											生年月日	2	3	年	月	日	
氏名											性別	1	2	年齢		歳	
住所	岡山市 区										固定電話	086-					
											携帯電話						
											職業	1	2				
1											* *						
2											1 2		1 2				
3											1 2		1 2				
4											1		3		2		
5											1日平均 $\frac{\text{本}}{\text{年}} \times \text{年間} \rightarrow \text{喫煙指数}$						
6											1		3		4 5		
7											1 2						
8													*		*		
9													*		*		
10											1		*		*		

【医療機関記入欄】

フィルムNo.	所見
	

検査年月日	令和		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

読影判定 (該当の数字に○)	
2	異常所見を認めない
3	異常所見を認めるが、急いで治療や精検を必要としない
4	肺がん以外の疾患が考えられ精査や治療を必要とする
5	肺がんの疑いで精検を必要とする (少しでも肺がんの可能性があれば5を選択してください)

略痰検査判定 (50歳以上かつ喫煙指数600以上で略痰検査実施の場合のみ)	
1	材料不適・再検査
2	現在異常を認めない
3	程度に応じて6か月以内の再検査と追跡
4	高度異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍が疑われる細胞を認め、精検を必要とする
5	悪性腫瘍細胞を認められ精検を必要とする

指示 (該当の数字に○)	
1	精検不要
2	要精検

[岡山市提出用] 6年印刷

(様式第 4－6 号⑥)

喀痰検査結果通知書

年 月 日に受診されたあなたの検診結果は次の○印のとおりです。

結果判定

1. 喀痰検査では異常所見は認められません。
2. 6 か月以内に再度、喀痰検査を受けてください。
3. 精密検査が必要です。
4. 検査不能です。

- ※ 喀痰検査は痰に混じっている気管支などの細胞にがん細胞がないかを見る検査です。採取された細胞が不十分の場合は検査ができず「検査不能」となります。
- ※ 検査結果についてご不明な点がある場合は、検診実施機関へお尋ねください。

【検診実施機関】

医療機関名

住所

Tel

【実施主体】

岡山市保健所 健康づくり課

岡山市北区鹿田町 1－1－1

Tel 086-803-1263

作成日 年 月 日

(様式第4-6号⑦)

精密検診実施機関控 02

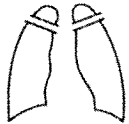
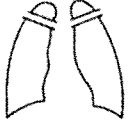
肺がん精密検診依頼書

年 月 日

肺がん精密検診実施機関長 様

岡 山 市 長

下記の方の検診を実施したところ、精密検診の必要がありますのでよろしくお願い致します。
 なお、検診結果を記入して、2枚目を一次検診機関へ、3枚目を岡山大学病院岡山県がん登録室へ御回報ください。

フリガナ			性別	1 男 2 女	生年	1 明 2 大 3 昭	年	月	日	年満	歳
氏 名			1 男 2 女	月日	年	月	日	年満	歳		
現 住 所	〒				保 健 所 名		岡 山 市 保 健 所				
一 次 検 診 結 果					精 密 検 診 結 果						
I 実施機関名 及び住所			医療機関コード()		実 施 機関名		医療機関コード () 担当医師 ()				
II 検診実施日			年 月 日 受診No.		実施日		年 月 日 カルテ No.				
III 所見の部位			 判定区分 ☐ E1 ☐ E2 ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ D4 ☐ D5 ☐ A, B, C		 部位 ☐ 左 ☐ 右 ☐ 肺門部 ☐ 肺野 ☐ 部位不明 気管支区域 ☐ B1 ☐ B2 ☐ B1+2 ☐ B3 ☐ B4 ☐ B5 ☐ B6 ☐ B7 ☐ B8 ☐ B8 ☐ B9 ☐ B10 ☐ 不明						
IV 喀痰細胞診 又は診断方法			細胞診 検査機関名		検 査 方 法		1 X 線 ☐ 正面 ☐ 側面 ☐ 断層 ☐ CT 2 細胞診 ☐ 喀痰 ☐ 気管支鏡検査 ☐ 胸水 ☐ その他 3 組織診 ☐ 気管支鏡検査 ☐ その他				
V 喫煙状況			本 数 年 数 指 数		主診者名						
VI 6か月以内の 血痰の有無			1 あり 2 なし		1 異常認めず 2 原発性肺がん ①組織型 ☐ 扁平上皮癌 ☐ 腺 癌 ☐ 小細胞癌 ☐ 大細胞癌 ☐ その他 () ②病期 ☐ 0 期 ☐ I 期 ☐ II 期 ☐ III 期 ☐ IV 期 3 転移性肺がん 4 原発性肺がんの疑い 5 その他の疾病 ☐ 肺良性腫瘍 ☐ 縦隔腫瘍 ☐ 肺結核 (活動・非活動) ☐ 中皮腫 ☐ 胸膜ブランク ☐ びまん性胸膜肥厚 ☐ その他 ()						
VII そ の 他			実施方法 1 集団検診 2 個別検診 既往検診 1 有 (年 月頃) 2 無 (今回が初回)								
【送付先】 〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL(086)235-7995 【記入上の注意】 1. フリガナを必ずつけてください。 2. 該当する番号に○印, または□の中にチェック をし, () 内は記入してください。肺がんの場 合は組織型, 病期を必ず記入してください。					指 示 項 1 要治療 ☐ 手術 ☐ 内視鏡的手術 ☐ 放射線療法 ☐ 化学療法 ☐ 免疫療法 ☐ その他 () 2 経過観察 (3ヶ月後, 6ヶ月後, 1年後) 3 再 検 4 放 置						

◎ 胸部 X 線所見の判定区分は、「岡山県の肺がん検診における胸部 X 線検査の判定基準と指導区分」により記入してください。
 ◎ がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

01 年 印刷

(様式第4-6号⑧)

一次検診機関へ返送 02

肺がん精密検診結果通知書

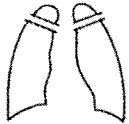
一次検診実施機関長 様

一次機関通知日 年 月 日

精密検診機関通知日 年 月 日

精密検診実施機関長

要精検者の精検結果を下記の通り通知します。

フリガナ											性別	生年	1 明			年	月	日	満	年	月	日	歳																																																												
氏名											1 男	2 女	3 昭			年	月	日	満	年	月	日	歳																																																												
現住所	〒																				保健所名	岡山市保健所																																																													
一次検診結果												精密検診結果																																																																							
I 実施機関名及び住所												医療機関コード ()												実施機関名												医療機関コード ()												担当医師 ()																																			
II 検診実施日												年 月 日 受診No.												実施日												年 月 日 カルテNo.																																															
III 所見の部位												 判定区分 ○て開む (必須) E1 E2 D1 D2 D3 D4 D5 A, B, C												 部位 ☐ 左 ☐ 右 ☐ 肺門部 ☐ 肺野 ☐ 部位不明 気管支区域 ☐ B1 ☐ B2 ☐ B1+2 ☐ B3 ☐ B4 ☐ B5 ☐ B6 ☐ B7 ☐ B※ ☐ B8 ☐ B9 ☐ B10 ☐ 不明																																																											
IV 喀痰細胞診又は診断方法												細胞診検査機関名												検査方法												1 X線												2 細胞診												3 組織診																							
												実施日												年 月 日												☐ 正面 ☐ 側面 ☐ 断層 ☐ CT												☐ 喀痰 ☐ 気管支鏡検査 ☐ 胸水 ☐ その他												☐ 気管支鏡検査 ☐ その他																							
V 喫煙状況												本数 年数 指数												主診断名												1 異常認めず												2 原発性肺がん												①組織型												②病期											
VI 6か月以内の血痰の有無												1 あり 2 なし																								☐ 扁平上皮癌 ☐ 腺癌 ☐ 小細胞癌 ☐ 大細胞癌 ☐ その他 ()												☐ O期 ☐ I期 ☐ II期 ☐ III期 ☐ IV期																																			
VII その他												実施方法																								3 転移性肺がん												4 原発性肺がんの疑い												5 その他の疾病																							
												1 集団検診 2 個別検診																																																☐ 肺良性腫瘍 ☐ 縦隔腫瘍 ☐ 肺結核 (活動・非活動) ☐ 中皮腫 ☐ 胸膜プラーク ☐ びまん性胸膜肥厚 ☐ その他 ()																							
												既往検診																																																																							
												1 有 (年 月頃) 2 無 (今回が初回)																																																																							
この報告書は精密検診依頼元の一次検診機関への結果の報告にお使いください。												指示事項												1 要治療												2 経過観察 (3ヶ月後, 6ヶ月後, 1年後)												3 再検												4 放置																							
																								☐ 手術 ☐ 内視鏡的手術 ☐ 放射線療法 ☐ 化学療法 ☐ 免疫療法 ☐ その他 ()																																																											

◎ 胸部X線所見の判定区分は、「岡山県の肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分」により記入してください。
 ◎ がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

01年印刷

(様式第4-6号⑩)

岡山市 02

肺がん精密検診結果通知書

一次機関通知日 年 月 日

精密検診機関通知日 年 月 日

岡山市長 様
岡山大学病院 岡山県がん登録室 経由

要精検者の精検結果を下記の通り通知します。

フリガナ											性別	1 男	2 女	生年	1 明	2 大	3 昭	年	月	日	年齢	歳
氏名											1 男	2 女	月	日	年	月	日	年齢	歳			
現住所	〒										保 健 所 岡 山 市 保 健 所											
一 次 検 診 結 果												精 密 検 診 結 果										
I 実施機関名 及び住所												実 施 機 関 名 医療機関コード () 担当医師 ()										
II 検診実施日												年 月 日 受診No.										
III 所見の部位												部位 ①左 ②右 ③肺門部 ④肺野 ⑤部位不明 気管支区域 ① B1 ② B2 ③ B1+2 ④ B3 ⑤ B4 ⑥ B5 ⑦ B6 ⑧ B7 ⑨ B※ ⑩ B8 ⑪ B9 ⑫ B10 ⑬ 不明										
IV 喀痰細胞診 又は診断方法												検査方法 1 X 線 ①正面 ②側面 ③断層 ④CT 2 細胞診 ①喀痰 ②気管支鏡検査 ③胸水 ④その他 3 組織診 ①気管支鏡検査 ②その他										
V 喫煙状況												主診断名 1 ⑩ 異常認めず 2 ⑨ 原発性肺がん ①組織型 ②扁平上皮癌 ③腺 癌 ④小細胞癌 ⑤大細胞癌 ⑥その他 () (2 病期) ①0期 ②I期 ③II期 ④III期 ⑤IV期 3 ⑧ 転移性肺がん 4 ⑨ 原発性肺がんの疑い 5 その他の疾病 ①肺良性腫瘍 ②縦隔腫瘍 ③肺結核 (活動・非活動) ④中皮腫 ⑤胸膜ブランク ⑥びまん性胸膜肥厚 ⑦その他 ()										
VI 6か月以内の 血痰の有無												1 あり 2 なし										
VII そ の 他												実施方法 1 集団検診 2 個別検診 既往検診 1 有 (年 月頃) 2 無 (今回が初回)										
【送付先】 〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL(086)235-7995												指 示 項 1 要治療 ①手術 ②内視鏡的手術 ③放射線療法 ④化学療法 ⑤免疫療法 ⑥その他 () 2 経過観察 (3ヶ月後, 6ヶ月後, 1年後) 3 再 検 4 放 置										

◎ 胸部 X 線所見の判定区分は、「岡山県の肺がん検診における胸部 X 線検査の判定基準と指導区分」により記入してください。
 ◎ がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

01 年 印刷

（様式第 4－6 号⑪）

検診番号 _____

結核・肺がん検診（胸部エックス線検査）結果通知書

年 月 日に受診されたあなたの検診結果は
次の○印のとおりです。

結果（精密検査の要否）

1. 精密検査は不要です。

精密検査が必要となるような所見は認められませんでした。

来年度以降も年に一回は検診を受けてください。

2. 精密検査が必要です。

次の所見が認められますので、精密検査を受けてください。

所見（ ）

※精密検査を受けられるときは、精密検査依頼書（封筒）、健康保険に加入していることがわかる書類（資格確認書を含む）をお持ちください。

※長引く咳や血痰があるときは、早めに医療機関を受診してください。

【検診実施機関】

名称

住所

電話

【実施主体】

岡山市保健所

（結核）感染症対策課 TEL 086-803-1262

（肺がん）健康づくり課 TEL 086-803-1263

岡山市北区鹿田町 1－1－1

作成日 年 月 日

結核・肺がん検診実施計画書

令和 年 月 日

岡山市長 様

検診実施機関住所 _____

(法人にあつては主たる事業所の所在地)

検診実施機関氏名 _____

(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

電話 — — (担当者)

下記のとおり、結核・肺がん検診実施計画書を提出します。

1 検診実施機関の名称	
検診実施機関の所在地	〒 — TEL — — FAX — —
2 検診実施期間※1	年 月 日 時 ～ 時
3 検診実施場所※1 (検診車による巡回検診である場合は、その旨も明記)	
4 責任医師	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先
5 緊急時ないし必要時に 対応する医師※2	所属機関名 住所 氏名 検診実施中の連絡先

※1 検診実施について、年間スケジュール表等で内容が代用できる場合は、その写しを添付してもよい。

※2 緊急時ないし必要時に対応する医師が責任医師と異なる場合に記載すること。

(岡山市健康診査様式第4-7号①)

No. _____

大腸がん検診票

医療機関名 _____ 医療機関コード _____

費用区分

☒ 一般 ☐ 70歳以上・後期高齢 ☐ 無料券 (No. _____)

「費用区分」は年度末時点の年齢

↓ 太枠の中をご記入ください

フリガナ											左詰め 姓と名の間は1マスあける	生年月日	大正	昭和		年		月		日	
氏名											性別	男	女	年齢						歳	
住所	岡山市 区										固定電話	086-									
											携帯電話										
1	今までにこの検診を受けたことがありますか										いいえ	はい ⇒ (今から 1~3年前 4年以上前)									
2	過去に精密検査を受けるよういわれたことはありますか										いいえ	はい ⇒ (精密検査を 受けた 受けていない)									
											精密検査の結果(_____)										
3	排便(便通)についておたずねします										頻度：毎日ある・毎日ない(_____ 日に1回)										
											状態：普通・軟便・硬い便・下痢が不規則にある										
4	今までに排便の時などに肛門から血が出たり、便に血や粘膜がついたことがありますか										ない	ある ⇒ (_____ 歳頃 病名 _____)									
5	気になる自覚症状がありますか										ない	ある ⇒ (食欲なし・腹痛・体重の減少・その他: _____)									
6	次の病気にかかったことがありますか	①食道・胃・十二指腸									ない	ある ⇒ (潰瘍・ポリープ・静脈瘤・腫瘍・その他: _____)									
		②大腸									ない	ある ⇒ (憩室・ポリープ・大腸炎・腫瘍・その他: _____)									
		③肛門									ない	ある ⇒ (痔・痔ろう・脱肛・腫瘍・その他: _____)									
7	胃腸・腹部の手術をしたことがありますか										ない	ある ⇒ (_____ 歳頃 病名 _____)									
8	血縁者で大腸がんにかかった方がいますか										いない	いる ⇒ (祖父母・父母・兄弟姉妹・子・おじおば・いとこ)									
9	たばこを吸ったことがありますか										吸ったことがない		過去吸っていたが現在吸っていない		現在吸っている						
10	現在たばこを吸っている方は、禁煙したいと思いますか										いいえ	いつかは禁煙したい		半年以内に禁煙したい		すぐに禁煙したい					
※説明書をよく読み、まんべんなく便の表面をなでるように採取してください。 2回分の便をとり、提出するまで冷所保存してください。																					
【採取日】 1回目 _____ 月 _____ 日 / 2回目 _____ 月 _____ 日																					

【医療機関記入欄】

検査年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
-------	----------------------------

検査年月日は検体提出日（1回目と2回目異なる場合は2回目提出日）。
ただし1月に検体を提出した場合は検査キットを渡した日（6月～12月）を記入すること。

○注意事項
便潜血検査の再検査は精密検査とはなりません。
大腸内視鏡検査などの精密検査を必要と判断する場合のみ「2要精検」と判定してください。
その際には必ず精密検診依頼書を受診者に渡していただき、精検受診勧奨をしてください。
自院で精検実施する場合も精密検診依頼書を作成し、結果通知書（3枚目）をがん登録室に提出してください。

結果記入欄
(該当の数字に○)

1回目		2回目	
① 陰性(-)	① 陰性(-)	② 疑陽性	② 疑陽性
② 疑陽性	② 疑陽性	③ 陽性(+)	③ 陽性(+)
③ 陽性(+)	③ 陽性(+)	④ 判定不能	④ 判定不能

判定 (該当の数字に○)

①	精検不要 (異常認めず・経過観察)
②	要精検
③	判定不能

【医療機関控】 6年印刷

- 113 -

(岡山市健康診査様式第4-7号②)

No. _____

大腸がん検診票

医療機関名 _____

医療機関
コード _____

1	2	費用区分	1	2	3	(No. _____)

フリガナ											生年月日	2	3	年		月		日
氏 名											性 別	1	2	年 齢				歳
住 所	岡山市 区										固定電話	0	8	6	-			
											携帯電話							
1											1	2			1	2		
2											1	2			1	2		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8											1	2						
9																		
10																		
【採取日】 1回目 月 日 / 2回目 月 日																		

検査年月日	令和		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---

結 果 記 入 欄 (該当の数字に○)	
1 回目	2 回目
1 陰性(-)	1 陰性(-)
2 疑陽性	2 疑陽性
3 陽性(+)	3 陽性(+)
4 判定不能	4 判定不能

判 定 (該当の数字に○)	
1	精検不要 (異常認めず経過観察)
2	要精検
3	判定不能

[岡山市提出用] 6年印刷

(様式第4-7号⑤)

精密検診実施機関控 03

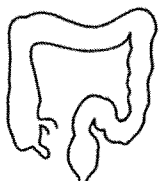
大腸がん精密検診依頼書

年 月 日

大腸がん精密検診実施機関長 殿

岡 山 市 長

下記の方の検診を実施したところ、精密検診の必要がありますのでよろしくお願いします。
 なお、検診結果を記入して、2枚目を一次検診機関へ、3枚目を岡山大学病院岡山県がん登録室へご回報ください。

フリガナ											性別	生年	明治	満	歳	
氏 名											1 男	年 月 日	大正	年 月 日	年 月 日	
											2 女	昭和				
現 住 所	〒 岡山市 区										保健所名	岡山市保健所				
一 次 検 診 結 果												精 密 検 診 結 果				
I 実施機関名及び住所												実施機関名				
医療機関コード ()												医療機関コード () 担当医師 ()				
II 検診実施日												実施日	年 月 日			
III 検診の結果												主所見部位	カルテ No.			
検 査 方 法 1 便潜血反応 2 問 診 ☐ 既往症 ☐ 家族歴 ☐ その他 ()												 1 直 腸 2 S 状結腸 3 下行結腸 4 横行結腸 5 上行結腸 6 回 盲 部 7 そ の 他				
潜 血 果 第 一 日 1 陰 性 2 疑 陽 性 3 陽 性 4 判定不能 第 二 日 1 陰 性 2 疑 陽 性 3 陽 性 4 判定不能												検 査 方 法	1 全大腸内視鏡検査 2 S 状結腸内視鏡検査+注腸エックス線検査 3 注腸エックス線検査 4 生 検 5 その他 ()			
IV そ の 他												主診断名	1 異常認めず 2 原発性大腸がん ☐ 早期がん ☐ 粘膜内がん ☐ 進行がん ☐ 不明 3 転移性大腸がん 4 原発性大腸がんの疑い 5 大腸ポリープ ☐ 腺腫 ☐ 最大の腺腫の大きさが直径10mm以上 ☐ 最大の腺腫の大きさが直径10mm未満 ☐ 非腺腫 6 その他の疾病 ☐ 憩室 ☐ 痔 ☐ 潰瘍性大腸炎 ☐ クローン病 ☐ その他 ()			
実 施 方 法 1 集団検診 2 医療機関実施												指 示 項	1 要 治 療 ☐ 手術 ☐ 放射線療法 ☐ 免疫療法 ☐ その他 () 2 経過観察 3 再 検 4 放 置 ☐ 内視鏡的手術 ☐ 化学療法			
既 往 検 診 1 有 (年 月頃) 2 無 (今回が初回)																
【送付先】 〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL (086) 235-7995																
【記入上の注意】 1. フリガナを必ずつけてください。 2. 該当する番号に○印、または□の中にチェックをし、() 内は記入してください。																

◎ がん患者と診断した場合は、「岡山県がん登録届出票」を、併せて報告してください。

01年 印刷

(様式第4-7号⑥)

一次検診機関へ返送 03

大腸がん精密検診結果通知書

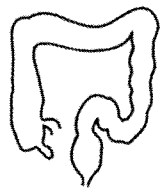
一次機関通知日 年 月 日

一次検診実施機関長 殿

精密検診機関通知日 年 月 日

精密検診実施機関長

要精検者の精検結果を下記のとおり通知します。

フリガナ											性別	生年	明治	年	月	日	満	年齢	歳
氏名											1 男	月	大正	年	月	日	年齢	歳	
											2 女	日	昭和	年	月	日			
現住所	〒 岡山市 区										保健所名	岡山市保健所							
一 次 検 診 結 果											精 密 検 診 結 果								
I 実施機関名及び住所											実施機関名	医療機関コード ()							
												担当医師 ()							
II 検診実施日											実施日	年 月 日 カルテ No.							
III 検診の結果											主所見部位								
検 査 方 法 1 便潜血反応 2 問 診 ☐ 既往症 ☐ 家族歴 ☐ その他 ()												1 直 腸 2 S 状結腸 3 下行結腸 4 横行結腸 5 上行結腸 6 回 盲 部 7 そ の 他							
潜 血 果 第 一 日 1 陰 性 2 疑 陽 性 3 陽 性 4 判定不能 第 二 日 1 陰 性 2 疑 陽 性 3 陽 性 4 判定不能											検 査 方 法	1 全大腸内視鏡検査 2 S 状結腸内視鏡検査+注腸エックス線検査 3 注腸エックス線検査 4 生検 5 その他 ()							
IV そ の 他											主診断名	1 異常認めず 2 原発性大腸がん ☐ 早期がん ☐ 結膜内がん ☐ 進行がん ☐ 不明 3 転移性大腸がん 4 原発性大腸がんの疑い 5 大腸ポリープ ☐ 腺腫 ☐ 最大の腺腫の大きさが直径10mm以上 ☐ 最大の腺腫の大きさが直径10mm未満 ☐ 非腺腫 6 その他の疾病 ☐ 憩室 ☐ 潰瘍性大腸炎 ☐ その他 ()							
実 施 方 法 1 集団検診 2 医療機関実施											指 示 項	1 要 治 療 ☐ 手術 ☐ 放射線療法 ☐ 免疫療法 ☐ その他 () ☐ 内視鏡的手術 ☐ 化学療法							
既 往 検 診 1 有 (年 月頃) 2 無 (今回が初回)												2 経過観察 3 再 検 4 放 置							
この報告書は精密検診依頼元の一次検診機関への結果の報告に使ってください。																			

01年 印刷

(様式第4-7号⑧)

岡山市 03

大腸がん精密検診結果通知書

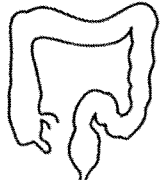
一次検診通知日 年 月 日

岡山市長 殿

精密検診機関通知日 年 月 日

岡山大学病院 岡山県がん登録室 経由

要精検者の精検結果を下記のとおり通知します。

フリガナ		性別	生年	明治	年	月	日	満	歳
氏名		1 男 2 女	月日	大正 昭和	年	月	日	年	歳
現住所	〒 区						保健所名	岡山市保健所	
一 次 検 診 結 果					精 密 検 診 結 果				
I 実施機関名 及び住所		医療機関コード ()			実施機関名		医療機関コード () 担当医師 ()		
II 検診実施日		年 月 日 受診No.			実施日		年 月 日 カルテ No.		
III 検診の結果		検査方法			主所見部位		 1 直 腸 2 S 状結腸 3 下行結腸 4 横行結腸 5 上行結腸 6 回 盲 部 7 そ の 他		
潜血結果		1 陰 性 2 疑 陽 性 3 陽 性 4 判定不能			検査方法		1 全大腸内視鏡検査 2 S 状結腸内視鏡検査+注腸エックス線検査 3 注腸エックス線検査 4 生検 5 その他 ()		
IV その他		1 陰 性 2 疑 陽 性 3 陽 性 4 判定不能			主診断名		1 異常認めず 2 原発性大腸がん ②① 早期がん ②④ 粘膜内がん ②⑤ 進行がん ②⑥ 不明 3 転移性大腸がん 4 原発性大腸がんの疑い 5 大腸ポリープ ② 腺腫 ②① 最大の腺腫の大きさが直径10mm以上 ②② 最大の腺腫の大きさが直径10mm未満 ②③ 非腺腫 6 その他の疾病 ②① 憩室 ②④ 痔 ②⑤ 潰瘍性大腸炎 ②⑥ クロウン病 ②⑦ その他 ()		
実施方法		1 集団検診 2 医療機関実施			指示事項		1 要 治 療 ① 手術 ② 内視鏡的手術 ③ 放射線療法 ④ 化学療法 ⑤ 免疫療法 ⑥ その他 () 2 経過観察 3 再 検 4 放 置		
既往検診		1 有 (年 月頃) 2 無 (今回が初回)			【送付先】		〒700-8558 岡山市北区鹿田町二丁目5番1号 岡山大学病院 岡山県がん登録室 TEL(086)235-7995		

01年 印刷

健診票送付書

(岡山市健康増進事業等実施要領 様式第4-8号)

(岡山市国民健康保険35歳からの健康診査事業実施要領 様式3)

1 記号

1
*

2 年度・報告月・事業

2
8

3 送付書番号

9
15

4 健診区分

16
3

健康診査票	
肝炎ウイルス	010
胃がん	020
子宮がん	030
乳がん	050
肺がん	070
大腸がん	110
35歳から健診	130
	200

枚数が少ない場合は、ホチキス2箇所で編綴

ここから下を記入してください。

1 所属医師会コード

17
□

●右の一覧から所属医師会のコードを記入してください。

医師会コード	
1 岡山市医師会	
2 西大寺医師会	
4 御津医師会	
5 北児島医師会	
6 都窪医師会	
A 赤磐医師会	

2 医療機関コード

18
25
0

●7ケタの医療機関コード(ゴム印可)を右づめで記入してください。

3 枚

数

26
29
⇒ 右づめ

枚

4 健診票の種類

●該当するものに☑をしてください。

●1種類につき1枚ずつ送付書を作成してください。

☐ 胃がん☐ 乳がん☐ 後期高齢者健診☐ 肺がん☐ 子宮がん☐ 生保健診☐ 大腸がん☐ 国保35歳から健診☐ 肝炎ウイルス

医療機関の所在地

及び名称

電話番号

注意事項

- 健診票右上の通し番号は1番からとし、欠番や重複がないように記入してください。
- 健診票の記入漏れがないか今一度ご確認ください。(記入漏れにより支払いに支障が生じることがあります)
- 送付書は、健診票の種類ごとに作成し、各健診票の一番上につけて編綴してください。
(1回の提出に受診月が複数ある場合も、月ごとに分けて、1冊にまとめてください)

岡山県健康診断様式第4-13号①

歯周病検診票

医療機関コード

医療機関名

費用区分

一般

無料券

No.()

No.

↓太枠の中を記入してください。

フリガナ

お名前

住所

岡山市 区

生年月日

昭和 平成

年 月 日

性別

男 女

年齢

歳

電話

086- -

1 歯磨きは一日何回しますか

3回以上

2回

1回

0回(しない日がある)

2 歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか

毎日

週一回

たまに(回数回)

使ったことがない

3 過去一年間に歯科を受診しましたか

はい

いいえ

4 タバコを吸ったことがありますか

ない

過去吸っていたが現在吸っていない

現在、吸っている

タバコを吸っている方は、禁煙したいと思いますか

いいえ

いつかは禁煙したい

半年以内に禁煙したい

すぐに禁煙したい

5 全身の状態であてはまるものがありますか

a. 糖尿病

b. 関節リウマチ

c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞等

d. 肥満(内臓型)

e. 高血圧

f. その他()

6 歯や口の状態で気になることがありますか

()

検査年月日

令和 年 月 日

↓医療機関記入欄

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入。)

右

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1

1 2 3 4 5 6 7 8

1 健全歯数

2 未処置歯数

3 処置歯数

4 現在歯数(1+2+3)

5 要補綴歯数

6 欠損歯数

補綴状況(Br、義歯、インプラント)

歯肉の状況

BOP

PD

BOP

PD

17または16 11

26または27

47または46 31 36または37

歯肉出血(BOP)

0:健全

1:出血あり

9:除外歯

×:該当する歯なし

歯周ポケット(PD)

0:健全

1:4~5mm

2:6mm以上

9:除外歯

×:該当する歯なし

判定区分

1 異常なし

2 要指導

3 要精密検査

口腔清掃状態

良好

ふつう

不良

歯石の付着

なし

軽度(点状)あり

中等度(帯状)以上

その他の所見

a. 歯列咬合

b. 顎関節

c. 粘膜

d. その他()

1 異常なし

2 要指導

3 要精密検査

未処置歯、要補綴歯、その他の所見が認められない

下記の項目に一つ以上該当します。指導を受けましょう。

以下の項目で、さらに詳しい検査や治療が必要です。

a. 軽い歯肉出血

b. 口腔清掃状態不良

c. 歯石の付着あり

d. 生活習慣や全身疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する

a. 歯周ポケット1~2あり

b. 未処置歯あり

c. 要補綴歯あり

d. 生活習慣や全身疾患等、さらに詳しい検査や治療を要する

e. その他所見あり

個人コード(最大値)

BOP

PD

検診者名()

術者みがき時の出血

0 出血なし

1 歯ブラシの~1/4が赤くなる

2 歯ブラシの1/4~2/4が赤くなる

3 歯ブラシの2/4~3/4が赤くなる

4 歯ブラシの3/4~が赤くなる

指導内容

今後の予定

1 自院にて、歯周病の治療予定

2 自院にて、歯周病以外の治療予定

3 他院にて、歯周病の治療予定

4 他院にて、歯周病以外の治療予定

5 治療の予定なし

6 その他()

指導者名()

(岡山市健康診査様式第4-14号①)

口腔機能健診票

↓太枠の中を記入してください。

フリガナ											生年月日	昭和	年	月	日	性別	男女				
氏名											年齢	歳	電話	086	-	-	-	-			
住所	岡山市 区																				
1	一日2回以上歯をみがきますか										はい	いいえ									
2	歯間ブラシまたはフロス(糸ようじ)を使っていますか										はい	いいえ									
3	過去一年間に歯科を受診しましたか										はい	いいえ									
4	義歯を使用していますか										はい	いいえ									
5	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか										はい	いいえ									
6	お茶や汁物等でむせることがありますか										はい	いいえ									
7	口の渇きが気になりますか										はい	いいえ									
8	週1回以上は外出していますか										はい	いいえ									
9	過去半年間で2～3kg以上の体重減少がありましたか										はい	いいえ									
10	過去半年間で発熱(37.8度以上)がありましたか										はい	いいえ									
11	タバコを吸ったことがありますか										ない	過去吸っていたが現在吸っていない		現在、吸っている							
	タバコを吸っている方は、禁煙したいと思いませんか										いいえ	いつかは禁煙したい		半年以内に禁煙したい		すぐに禁煙したい					
12	現在、一日に内服している飲み薬は何種類ありますか										()種類										
13	次のいずれかの病気で治療をうけている、もしくは受けたことがありますか																				
	a. 高血圧 b. 糖尿病 c. 脳卒中 d. 心臓病 e. がん f. 肺疾患 g. 骨粗しょう症 h. その他()																				
14	歯や口の状態で気になることがありますか()																				
15	身長										cm	体重					kg	BMI			

(BMIは医療機関で記入)

検査年月日 令和 年 月 日

↓ 医療機関記入欄

現在歯・喪失歯の状況(喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入。)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
1 健全歯数	2 未処置歯数	3 処置歯数		4 現在歯数 (1+2+3)	5 喪失歯数 △	6 欠損補綴歯数 △	補綴状況(Br、義歯、インプラント)										
/	C	○	=														

歯肉の状況

17または16	11	26または27
BOP		
PD		
BOP		
PD		
47または46	31	36または37

歯肉出血(BOP)

0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
×: 該当する歯なし

歯周ポケット(PD)

0: 健全
1: 4～5 mm
2: 6 mm以上
9: 除外歯
×: 該当する歯なし

個人コード(最大値) BOP PD 健診者名 ()

口腔清掃状態	良好	ふつう	不良	
義歯清掃状態	良好	ふつう	不良	義歯なし
粘膜の異常	あり	なし		
その他の所見				

口腔機能評価

白歯部の咬合の状態
右側: 現在歯 義歯 なし
左側: 現在歯 義歯 なし

口腔乾燥
正常 軽度～中等度 重度

オーラルディアドコネシス(1秒あたり)

ハ	タ	カ	回	回	回
---	---	---	---	---	---

嚥下機能評価

(反復唾液嚥下テスト) 回

判定区分	1 問題なし				
	2 要指導	口腔清掃	義歯管理	口腔乾燥	口腔機能
		その他()			
	3 要精密検査	むし歯	歯周病	義歯等	口腔清掃
		口腔乾燥 口腔機能			
		その他()			

[医療機関控] R04年印刷

訪問指導実施記録

訪問月日 年 月 日 職種 ・保健師 氏名
 ・訪問指導員 氏名
 ・その他 ()

氏名 (歳)		住所 岡山市 (地区)	
種別	A 健康診査要注意者 B 認知症の者 C 閉じこもり予防 D 介護家族 E 寝たきり者 F その他	一般状態	体温 (°C) 脈拍 () 血圧 (/) 呼吸 () 表情 (良 普通 あまり良くない 不良) 顔色 (良 普通 あまり良くない 不良) 食欲 (有 無 不明) 排泄 (尿) 症状 (正常 血尿 白濁 不明) 量 (正常 多め 少なめ) (便) (正常 便秘気味 下痢気味 その他) その他 ()
	【特定】65歳以上は該当に○ ・運動 ・栄養 ・閉じこもり ・認知症 ・口腔 ・うつ ・その他		
今回の訪問目的	1. 生活習慣改善に向けての指導 2. 転倒予防の指導 3. 閉じこもり予防、社会参加に向けての指導 4. 保健・福祉・医療の調節のため 5. 生活療養指導 6. その他		
状 況 記 録			
S (主観的データ)	O (客観的データ)	A (判 断)	P (計 画)
連絡月日	連絡先	連絡内容	

様

岡山市保健所健康づくり課

経過表

A 健康診査要注意者 B 認知症予防 C 閉じこもり予防 D 介護家族 E 寝たきり者 F その他

地区名 ()

訪問月日		初回訪問 年 月 日	更新日 年 月 日	更新日 年 月 日	更新日 年 月 日
種別(A～F)					
介護保険		1・2 ()・3	1・2 ()・3	1・2 ()・3	1・2 ()・3
寝たきり度					
生活意欲		1 かなり 2 少し 3 ほとんどなし 4 不明	1 かなり 2 少し 3 ほとんどなし 4 不明	1 かなり 2 少し 3 ほとんどなし 4 不明	1 かなり 2 少し 3 ほとんどなし 4 不明
趣味・生きがい					
外出の状況		1 あり (回/週・月) 2 ほとんどなし	1 あり (回/週・月) 2 ほとんどなし	1 あり (回/週・月) 2 ほとんどなし	1 あり (回/週・月) 2 ほとんどなし
社会参加		1 積極的 () 2 消極的 3 参加せず	1 積極的 () 2 消極的 3 参加せず	1 積極的 () 2 消極的 3 参加せず	1 積極的 () 2 消極的 3 参加せず
本人の希望・状況					
家族の希望・状況					
訪問指導 計画	問題点				
	目標				
	計画				
継続の要否 とその理由		今後 ()か月後フォロー	継続・終了 理由 ()	継続・終了 理由 ()	継続・終了 理由 ()
保健師氏名		()	()	()	()
訪問指導員氏名		()	()	()	()

医 師 連 絡 票

先生

下記の方の健康増進事業及び介護予防事業による訪問指導実施に際して主治医としてのご意見をお願いいたします。

年 月 日

岡山市長

患者氏名		生年月日	M・T S・H	年　月　日 () 歳
住所				
1．病名及び発病年月日				
2．経過及び治療状況				
3．主治医の意見 (指導が必要な項目に○を付け、特記事項があればカッコ内にご記入ください)				
①生活習慣改善に向けての指導 ・栄　養 () ・運　動 () ・日常生活 ()				
②転倒予防の指導				
③閉じこもり予防、社会参加に向けての指導 ()				
④保健・福祉・医療の調整 ()				
⑤生活療養指導 ()				
⑥その他				
注意事項				

医療機関名	
所在地	
主治医氏名	

記入年月日

年 月 日

この医師連絡票の内容が訪問指導に使われることに同意します。

本人署名 _____

(本人署名できない場合) 代理人氏名 続柄

担 当) _____保健センター 保健師_____

様式第6-5号 訪問指導員証

訪問指導員証

氏 名

写

真

上記の者は、健康増進法、介護保険法及び岡山市難病患者地域支援対策推進事業にもとづく訪問指導の実施のための訪問指導員であることを証する。

実施期間 年 月 日～ 年 月 日まで

岡山市長

印

注意事項

- 1 この証は、健康増進法、介護保険法及び岡山市難病患者地域支援対策推進事業による訪問指導を行うときは、必ず携帯すること。
- 2 この証は、他人に貸与してはならない。
- 3 この証を紛失し、又はき損したときは、市長に届け出て再交付を受けること。
- 4 実施期間が終了したときは、ただちに本証を市長に返還のこと。

岡山市健康増進事業等実施要領 新旧対照表（令 7 年 4 月 1 日改正）

改正後	改正前
第 1 はじめに (1)～(28) 略 (29) 令和 7 年 4 月 1 日改正（「健康増進事業等実施要領」の一部改正及び検 診票の様式変更、追加による）	第 1 はじめに (1)～(28) 略 (追加)
第 2～第 5 略	第 2～第 5 略
第 6 健康診査	第 6 健康診査
1 総論 (1) 略 (2) 健康診査の種類	1 総論 (1) 略 (2) 健康診査の種類
ア 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診 イ～エ 略 (3) 略 (4) 対象者	ア 後期高齢者・生保健診（追加） イ～エ 略 (3) 略 (4) 対象者
ア 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診については、市内に居住地 を有する 40 歳以上の生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給世帯員 及び後期高齢医療被保険者（65 歳から 74 歳までの後期高齢者医療被保険 者を含む）。	ア 後期高齢者・生保健診・（追加）については、市内に居住地を有する 40 歳以上の生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給世帯員及び後期高 齢医療被保険者（65 歳から 74 歳までの後期高齢者医療被保険者証所持者 を含む）。
イ 略 ウ 歯周病検診については、市内に居住地を有する 30 歳、40 歳、50 歳の 者。	イ 略 ウ 歯周病検診については、市内に居住地を有する 30 歳、35 歳、40 歳、 45 歳、50 歳、55 歳、60 歳の者。
エ 口腔機能健診については、市内に居住地を有する 60 歳、70 歳、76 歳、 80 歳の者。	エ 口腔機能健診については、市内に居住地を有する 65 歳、70 歳、76 歳、 80 歳の者。
(5)～(8) 略 (9) 無料券 ア 略	(5)～(8) 略 (9) 無料券 ア 略

イ 無料券の対象者 無料券の対象者は、次の（ア）又は（イ）に該当する者とする。 （ア）<u>30 歳、40 歳以上の男性及び20 歳以上の女性で、生活保護受給者または中国残留邦人等支援給付受給世帯員</u> （イ）<u>30 歳、40 歳以上の男性及び20 歳以上の女性で受診者本人及び同一世帯全員がその年度の市町村民税が非課税である者（ただし、当該年度の税情報に確定するまでは、前年度の税情報を確認し交付する）</u> ウ～エ 略 （10）～（11）略 2 後期高齢者・生保健診・<u>生保75歳以上健診</u> （1）目的 後期高齢者・生保健診・<u>生保75歳以上健診</u>は、近年の生活習慣病や要介護状態等の動向を踏まえ、これらの疾患等又はその危険因子を早期に発見し、栄養や運動等の生活指導を実施するとともに適切な治療や介護予防事業等へと結びつけることによって、これらの疾患等を予防、または、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにすることを目的とする。 （2）基本的事項 ア 対象者 後期高齢者・生保健診・<u>生保75歳以上健診</u>は、市内に居住地を有する40歳以上の生活保護受給者及び後期高齢者医療被保険者（65歳から74歳までの<u>後期高齢者医療被保険者</u>を含む）を対象とする。 イ 種類 対象者全員が受診しなければならない基本的な健診項目（以下「基本項目」という。）は下記に掲げる10項目であり、基本項目を全て実施しなければ<u>後期高齢者・生保健診・生保75歳以上健診の完了とはみなさない</u>。	イ 無料券の対象者 無料券の対象者は、次の（ア）又は（イ）に該当する者とする。 （ア）<u>30 歳、35 歳、40 歳以上の男性及び20 歳以上の女性で、生活保護受給者または中国残留邦人等支援給付受給世帯員</u> （イ）<u>30 歳、35 歳、40 歳以上の男性及び20 歳以上の女性で受診者本人及び同一世帯全員がその年度の市町村民税が非課税である者（ただし、当該年度の税情報が確定するまでは、前年度の税情報を確認し交付する）</u> ウ～エ 略 （10）～（11）略 2 後期高齢者・生保健診・（追加） （1）目的 後期高齢者・生保健診・（追加）は、近年の生活習慣病や要介護状態等の動向を踏まえ、これらの疾患等又はその危険因子を早期に発見し、栄養や運動等の生活指導を実施するとともに適切な治療や介護予防事業等へと結びつけることによって、これらの疾患等を予防、または、QOLを確保し、本人の残存能力をできるだけ落とさないようにすることを目的とする。 （2）基本的事項 ア 対象者 後期高齢者・生保健診・（追加）は、市内に居住地を有する40歳以上の生活保護受給者及び後期高齢者医療被保険者（65歳から74歳までの<u>後期高齢者医療被保険者</u>を含む）を対象とする。 イ 種類 対象者全員が受診しなければならない基本的な健診項目（以下「基本項目」という。）は下記に掲げる10項目であり、基本項目を全て実施しなければ<u>後期高齢者・生保健診・（追加）の完了とはみなさない</u>。
---	--

腹囲の測定や尿検査については一部例外もある。 (ア) ～ (コ) 略 ウ 実施方法 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診は、医療機関方式と集団検診方式により実施する。 (3) 後期高齢者・生保健診・生保 75 歳以上健診の実施 ア 後期高齢者・生保・生保 75 歳以上健診票 ・生保健診は「健康診査票」(様式第 4 - 2 号①②③) を作成する。 ・後期高齢者健診は「後期高齢者健康診査票 (様式第 4 - 2 号④⑤⑥) を作成する。 ・生保 75 歳以上健診は「後期高齢者健康診査票 (様式 4 - 2 号⑦⑧⑨)」を作成する。 イ 略 (4) ～ (6) 略 (7) 実施報告 健診実施機関は、診査結果等必要事項を「健康診査票」(様式第 4 - 2 号①②)、「後期高齢者健康診査票」(様式第 4 - 2 号④⑤)、「後期高齢者健康診査票」(様式第 4 - 2 号⑦⑧) に記入して、岡山市控えを医師会経由のうえ毎月定められた日までに市に報告する。 (8) ～ (9) 略 3 胃がん検診 (1) ～ (2) オ (エ) 略 (オ) 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に (180～220W/V%の高濃度バリウム、120～150ml とする) 保つとともに、副作用等の事故に注意する。	や尿検査については一部例外もある。 (ア) ～ (コ) 略 ウ 実施方法 後期高齢者・生保健診・(追加) は、医療機関方式と集団検診方式により実施する。 (3) 後期高齢者・生保健診・(追加) の実施 ア 後期高齢者・生保・(追加) 票 ・生保健診は「健康診査票」(様式第 4 - 2 号①②③) を作成する。 ・後期高齢者健診は「後期高齢者健康診査票 (様式第 4 - 2 号④⑤⑥) を作成する。 ・(追加) イ 略 (4) ～ (6) 略 (7) 実施報告 健診実施機関は、診査結果等必要事項を「健康診査票」(様式第 4 - 2 号①②)、「後期高齢者健康診査票」(様式第 4 - 2 号④⑤)、「(追加) に記入して、岡山市控えを医師会経由のうえ毎月定められた日までに市に報告する。 (8) ～ (9) 略 3 胃がん検診 (1) ～ (2) オ (エ) 略 (オ) 造影剤の使用に当たっては、その濃度を適切に (追加) 保つとともに、副作用等の事故に注意する。 (カ) ～ (ク) 略
--	---

(カ) ～ (ク) 略	(追加)
(ケ) 自治体や医師会等から報告を求められた場合には撮影技師の全数と、日本消化器がん検診学会認定技師数を報告する(撮影技師が不在で医師が撮影している場合は除く)。	カ (ア) ～ (イ) 略 (追加) ク～ケ 略 (3) ～ (7) 略
カ (ア) ～ (イ) 略 (ウ) 必要に応じて過去に撮影したエックス線写真と比較読影する。 ク～ケ 略 (3) ～ (7) 略	カ (ア) ～ (イ) 略 (追加) ク～ケ 略 (3) ～ (7) 略
4 子宮がん検診 (1) ～ (2) イ 略 ウ 問診 問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、<u>性交経験の有無</u>、既往歴、家族歴の有無、過去の検診の受診状況等を聴取する。	4 子宮がん検診 (1) ～ (2) イ 略 ウ 問診 問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、<u>(追加)</u>、既往歴、家族歴の有無、過去の検診の受診状況等を聴取する。
なお、問診時に聴取する不正性器出血は、いわゆる不正出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点(スポッティング)、一次的な少量の出血及び褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含み、問診の際には、このような状態を正しく把握するよう留意するものとする。 エ～オ (イ) 略	なお、問診時に聴取する不正性器出血は、いわゆる不正出血、閉経後出血、不規則月経、下着に付着した染み程度の赤色斑点(スポッティング)、一次的な少量の出血及び褐色帯下等出血に起因するすべての状態を含み、問診の際には、このような状態を正しく把握するよう留意するものとする。 エ～オ (イ) 略
(ウ) 子宮頸部の細胞診の結果は、ベセスダシステムによって分類した上で、「ベセスダシステム 2014」に準拠した子宮頸部細胞診報告様式」[参考資料4]に基づき精密検査の必要性の有無を決定する。なお、検体が不適正であった場合には、再度子宮頸部の細胞診を実施するものとする。 (エ) ～ (8) 略	(ウ) 子宮頸部の細胞診の結果は、ベセスダシステムによって分類した上で、「ベセスダシステム 2001」に準拠した子宮頸部細胞診報告様式」[参考資料4]に基づき精密検査の必要性の有無を決定する。なお、検体が不適正であった場合には、再度子宮頸部の細胞診を実施するものとする。 (エ) ～ (8) 略
5 乳がん検診	5 乳がん検診

(1) ～ (2) エ 略 オ 乳房エックス線撮影 (ア) 乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適格な撮影装置(原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たす。)を備えるとともに、機器の日常点検等の管理体制を整備すること。また、乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構(以下「精中機構」という。)の行う施設画像評価を受け、A又はBの評価を受けている施設が望ましい。なお、撮影は精中機構が開催する乳房エックス線撮影に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了しAまたはB判定の認定を受けた診療放射線技師又は医師が行うこと。 (イ) 略 カ～ (7) 略 6 肺がん検診 (1) 基本的事項 ア 対象者 肺がん検診は、市内に居住地を有する 40 歳以上の者を対象とする。ただし、集団検診方式においては、質問(医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、(3)ア以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。)により、妊娠の可能性があると回答した者を除く。 なお、喀痰細胞診は、質問の結果が次に該当する者を対象に実施する。 a 50 歳以上で、かつ喫煙指数(1 日本数×年数) 600 以上の者(過去における喫煙者を含む。) また、加熱式タバコについては、「カートリッジの本数」を「喫煙本数」と読み替える。 イ～ (2) ウ 略 エ 胸部エックス線検査	(1) ～ (2) エ 略 オ 乳房エックス線撮影 (ア) 乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適格な撮影装置(原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たす。)を備える。<u>(追加)</u>。また、乳房エックス線撮影における線量及び写真の画質について、日本乳がん検診精度管理中央機構(以下「精中機構」という。)の行う施設画像評価を受け、A又はBの評価を受けている施設が望ましい。なお、撮影は精中機構が開催する乳房エックス線撮影に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了しAまたはB判定の認定を受けた診療放射線技師又は医師が行うこと。 (イ) 略 カ～ (7) 略 6 肺がん検診 (1) 基本的事項 ア 対象者 肺がん検診は、市内に居住地を有する 40 歳以上の者を対象とする。ただし、集団検診方式においては、質問(医師が立ち会っており、かつ医師が自ら対面により行う場合において、(3)ア以下を除き、「質問」とあるのは「問診」と読み替える。)により、妊娠の可能性があると回答した者を除く。 なお、喀痰細胞診は、質問の結果が次に該当する者を対象に実施する。 a 50 歳以上で、かつ喫煙指数(1 日本数×年数) 600 以上の者(過去における喫煙者を含む。)<u>(追加)</u> イ～ (2) ウ 略 エ 胸部エックス線検査
---	--

胸部エックス線検査は、肺がん検診に適切な胸部エックス線写真を撮影し、読影する。 適格な写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜などを十分に含むようなエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度を持ち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものであり、かつ、次のいずれかにより撮影されたものとする。 <u>なお、胸部エックス線検査に係る必要な機器及び設備を整備するとともに、機器の日常点検等管理体制を整備すること。</u> ①間接撮影の場合は、<u>100mm ミラカメラを用い、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いた、120kV 以上の管電圧による撮影</u> ②間接撮影であって、定格出力 125kV の撮影装置を用い、縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため 110kV 以上の管電圧及び希土類（グラデーシオン型）蛍光板を用いた撮影（定格出力 125kV 未満の撮影装置は用いない） ③直接撮影（スクリーン・フィルム系）の場合は、被験者—管球間の距離を 1.5m 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、原則として 120kV（やむを得ない場合は 100～120kV でも可）の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙及びオルソタイプフィルム）を用いた撮影 ④デジタル撮影の場合は、<u>X 線検出器として、輝尽性蛍光体を塗布したイメージングプレート（IP）を用いた CR システム、平面検出器（FPD）もしくは固体半導体（CCD、CMOS など）を用いた DR システムのいずれかを使用する。管球検出器間距離（撮影距離）<u>150cm、X 線管電圧 120～140kV、撮影 mAs 値 4 mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グ</u>リッド比 <u>8：1</u> 以上の条件下での撮影。</u>	胸部エックス線検査は、肺がん検診に適切な胸部エックス線写真を撮影し、読影する。 適格な写真とは、肺尖、肺野外側縁、横隔膜、肋骨横隔膜などを十分に含むようなエックス線写真であって、適度な濃度とコントラスト及び良好な鮮鋭度を持ち、縦隔陰影に重なった気管、主気管支の透亮像並びに心陰影及び横隔膜に重なった肺血管が観察できるものであり、かつ、次のいずれかにより撮影されたものとする。 <u>（追加）</u> ①間接撮影であって、<u>100mm ミラカメラを用い、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用いた、120kV 以上の管電圧による撮影</u> ②間接撮影であって、定格出力 125kV の撮影装置を用い、縦隔部の感度を肺野部に対して高めるため 110kV 以上の管電圧及び希土類（グラデーシオン型）蛍光板を用いた撮影（追加） ③直接撮影（追加）の場合は、被験者—管球間の距離を 1.5m 以上とし、定格出力 150kV 以上の撮影装置を用い、原則として 120kV（やむを得ない場合は 100～120kV でも可）の管電圧及び希土類システム（希土類増感紙及びオルソタイプフィルム）を用いた撮影 ④デジタル撮影であって、（追加）<u>管球検出器間距離（撮影距離）180～200cm、X 線管電圧 120～140kV、撮影 mAs 値 4 mAs 程度以下、入射表面線量 0.3mGy 以下、グリッド比 12：1 以上の条件下での撮影</u>
オ～（10）略	オ～（10）略

7 大腸がん検診 (1) ～ (2) エ (エ) 略 (オ) 検体の測定 検体回収後原則として 24 時間以内に測定を行う。ただし、検査提出数が想定以上に多かった場合を除く。速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存することとする。 (3) ～ (9) 略 8 歯周病検診 (1) 略 (2) 基本的事項 ア 対象者 歯周病検診は、市内に居住地を有する 30 歳、40 歳、50 歳の者で、職場等で受診の機会のない者を対象とする。 イ～ (10) 略 9 口腔機能健診 (1) 略 (2) 基本的事項 ア 対象者 口腔機能健診は、市内に居住地を有する 60 歳、70 歳、76 歳、80 歳の者を対象とする。 イ～ (10) 略 第 7～第 10 略 [参考資料 1] ～[参考資料 11] 略	7 大腸がん検診 (1) ～ (2) エ (エ) 略 (オ) 検体の測定 検体回収後速やかに行う。(追加) 速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存することとする。 (3) ～ (9) 略 8 歯周病検診 (1) 略 (2) 基本的事項 ア 対象者 歯周病検診は、市内に居住地を有する 30 歳、35 歳、40 歳、45 歳、50 歳、55 歳、60 歳の者で、職場等で受診の機会のない者を対象とする。 イ～ (10) 略 9 口腔機能健診 (1) 略 (2) 基本的事項 ア 対象者 口腔機能健診は、市内に居住地を有する 60 歳、65 歳、70 歳、76 歳、80 歳の者を対象とする。 イ～ (10) 略 第 7～第 10 略 [参考資料 1] ～[参考資料 11] 略
---	---

様式集	様式第2-1号～様式第4-2号⑥ 略
【追加】	様式第4-2号⑦ 生保75歳以上健康診査票 (生活保護等受給者用)
【追加】	様式第4-2号⑧ 生保75歳以上健康診査票 (生活保護等受給者用)
【追加】	様式第4-2号⑨ 生保75歳以上健康診査票 (生活保護等受給者用)
様式第4-3号①ア 略	
【差替】	様式第4-3号①イ 胃がん(内視鏡)検診票
【差替】	様式第4-3号②イ 胃がん(内視鏡)検診票
様式第4-3号③ 略	
【差替】	様式第4-4号① 子宮がん検診票
【差替】	様式第4-4号② 子宮がん検診票
様式第4-4号④～様式第4-6号⑩ 略	
【差替】	様式第4-6号⑪ 結核・肺がん検診 (胸部エックス線検査) 結果通知書
様式第4-6号⑬～様式第6-5号 略	

様式集	様式第2-1号～様式第4-2号⑥ 略
【追加】	様式第4-2号⑦ 生保75歳以上健康診査票 (生活保護等受給者用)
【追加】	様式第4-2号⑧ 生保75歳以上健康診査票 (生活保護等受給者用)
【追加】	様式第4-2号⑨ 生保75歳以上健康診査票 (生活保護等受給者用)
様式第4-3号①ア 略	
【差替】	様式第4-3号①イ 胃がん(内視鏡)検診票
【差替】	様式第4-3号②イ 胃がん(内視鏡)検診票
様式第4-3号③ 略	
【差替】	様式第4-4号① 子宮がん検診票
【差替】	様式第4-4号② 子宮がん検診票
様式第4-4号④～様式第4-6号⑩ 略	
【差替】	様式第4-6号⑪ 結核・肺がん検診 (胸部エックス線検査) 結果通知書
様式第4-6号⑬～様式第6-5号 略	