

被爆者健康診断（がん検診）事務の手引き

＜医療機関用＞

I 制度の目的

県は、「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」第7条及び「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則」第9条で定めるところにより、被爆者の健康管理の一環として、以下により健康診断（がん検診）を医療機関に委託して行う。

II 健康診断の実施方法

| | |
|--------------------|---|
| 1 対象者 | 被爆者健康手帳所持者 第一種健康診断受診者証保持者 |
| 2 がん検診実施回数及び実施医療機関 | ア 実施回数 各検診年1回実施 ※ 年1回しか受診できないので、他の医療機関で実施していないか受診前に確実に確認ください。 ※ 各検診が複数日に渡っても構いませんが、できるだけ1日で実施できるように事前に容器等の送付を行う等調整をお願いします。 イ 実施医療機関 県内の委託締結医療機関 |
| 3 検診項目及び検査内容 | 別添「原子爆弾被爆者がん検診実施要領」の検査内容をご参照ください。 |
| 4 検診時に必要な書類 | 受診の際は、下記の書類を活用ください。 ア 問診票 各検診の問診票 イ 健康診断個人票（一般検査（がん検診）用） 別紙様式第6号 【注意事項】 検診希望者には、「ア」、「イ」の書類を持参するよう案内しています。 検診希望者が当日持参していない場合は、お手数ですが今回送付の様式をコピーし使用してください。 |
| 5 請求に必要な書類 | 請求の際は、下記の5つの書類を提出ください。 ア 問診票 各検診ごとに問診票を添付 イ 健康診断個人票（一般検査（がん検診）用） 別紙様式第6号 ウ 被爆者健康診断（一般検査（がん検診））実施報告書兼請求内訳書 別紙様式第7号（1） エ 実施報告書内訳 別紙様式第7号（2） オ 請求書 別紙様式第4号 【注意事項】 ・「イ」は、写しでも可（その他は原本に限る）。 ・記入方法については、別添記載例を御参照ください。 |

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|---------|
| 6 請求金額の算定 | 胃がん検診 | 問診＋直接撮影 | 12,240円 |
| | | 問診＋間接撮影 | 7,855円 |
| | | 問診＋胃内視鏡検査 | 16,104円 |
| | 肺がん検診 | 問診＋胸部エックス線 | 5,050円 |
| | | 問診＋胸部エックス線＋喀痰細胞診(注) | 8,570円 |
| | 乳がん検診 | 問診(＋視診＋触診)＋乳房エックス線検査 | 9,669円 |
| | 子宮がん検診 | 問診＋視診＋内診＋頸部細胞診 | 6,688円 |
| | | 問診＋視診＋内診＋頸部細胞診＋コルポスコープ検査(注) | 8,998円 |
| | | 問診＋視診＋内診＋頸部細胞診＋体部細胞診(注) | 12,408円 |
| | | 問診＋視診＋内診＋頸部細胞診＋体部細胞診(注)＋コルポスコープ検査(注) | 14,718円 |
| 大腸がん検診 | 問診＋便潜血検査 | 4,356円 | |
| 多発性骨髄腫検診 | 問診＋血清蛋白分画検査 | 1,628円 | |
| 【注意事項】 ・喀痰細胞診, コルポスコープ検査及び体部細胞診: 医師が必要と認めた場合のみ実施 | | | |
| 7 請求方法及び時期 | 検査実施後 20日以内 に「5 請求に必要な書類」を健康増進課へ提出してください。(契約書 第8条及び第9条) なお, 支払い事務の詳細については, 健康増進課に確認ください。 | | |
| 8 請求書の提出先及び問い合わせ先 | 鹿児島県保健福祉部健康増進課疾病対策係 (担当: 坂ノ上) 〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10-1 TEL099-286-2714 | | |
| 9 受診の記録 | 検診希望者の同意を得た上で, 検診結果を本人が所有する被爆者健康手帳, 第一種健康診断受診者証の記録欄に記載ください。 なお, 記録により本人への診断結果通知の代わりとします。 | | |
| 10 受診後の書類の保管・活用 | 検診後, 5年間 は健康診断個人票(一般検査(がん検診)用)(別紙様式第6号)の書類を必ず保管し, 健康指導等に活用ください。 | | |

別紙様式第5 (1)

※ 必ず事前に御記入の上、当日持参してください。

胃がん検診問診票

面接年月日

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|------|--|----------|--|---|--|---|--|---|-----|
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和 | | 年 | | 月 | | 日 | 歳 |

I. この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか。

→→ ない ・ ある

II. 今の体の調子についておたずねします。
それぞれの質問に○印で答えてください。

1 最近、食欲はありますか。 →→ ない ・ ある

2 たびたび胃痛・腹痛がありますか。 →→ ない ・ ある

3 胸やけがしたり、すっぱいものが口の中へ
上がってきたりしますか。 →→ しない ・ する

4 最近、急にやせてきましたか。 →→ 変わらない ・ やせてきた

5 なんとなく胃の具合がわるいですか。 →→ 悪くない ・ 悪い

6 吐きけがしますか。 →→ しない ・ する

III. 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

別紙様式第5 (2)

※ 必ず事前に御記入の上、当日持参してください。

肺がん検診問診票

面接年月日

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|------|--|----------|--|---|--|---|--|---|-----|
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和 | | 年 | | 月 | | 日 | 歳 |

I. この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか。

→→ ない ・ ある

II. 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問に○印で教えてください。また、にも記入してください。

1 せきが1ヶ月以上続いてでることがありますか。 →→ ない ・ ある

2 たんが1ヶ月以上続いてでることがありますか。 →→ ない ・ ある

3 胸の痛みがありますか。 →→ ない ・ ある

4 たんに血のようなものが混じることがあるますか。 →→ ない ・ ある

5 たばこを吸っていますか。または過去に吸っていたことがありますか

→→ 吸わない ・ 吸う(過去にすっていた)

1日の吸う(吸っていた)本数はいくらですか。

本

何年吸っていますか。(現在何年吸っていますか。)

年

III. 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

別紙様式第5 (3)

※ 必ず事前に御記入の上、当日持参してください。

乳がん検診問診票

面接年月日

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|----------|---|---|---|--|--|---|
| フリガナ | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 歳 |

I. この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか。

→→ ない ・ ある

II. 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問に○印で答えてください。また、にも記入してください。

1 乳房にしこりがありますか。 →→ ない ・ ある

2 過去に乳房の病気をしたことがありますか。 →→ ない ・ ある

3 月経は何日型でしたか。 日型

月経は規則正しかったですか。

→→ 規則正しかった ・ 不規則

閉経は何歳(ごろ)でしたか。 歳(ごろ)

4 妊娠は何回ですか。 回

5 お産は何回ですか。 回

III. 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

別紙様式第5 (4)

※ 必ず事前に御記入の上、当日持参してください。

子宮がん検診問診票

面接年月日

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|----------|---|---|---|--|--|---|
| フリガナ | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 歳 |

I. この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか。

→→ ない ・ ある

II. 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えてください。また、に記入してください。

1 不正性器出血がありますか。 →→ ない ・ ある

2 おりものの異常がありますか。 →→ ない ・ ある

3 月経は何日型でしたか。 日型

月経は規則正しかったですか。

→→ 規則正しかった ・ 不規則

閉経は何歳(ごろ)でしたか。 歳(ごろ)

4 妊娠は何回ですか。 回

5 お産は何回ですか。 回

III. 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

別紙様式第5（5）

※ 必ず事前に御記入の上、当日持参してください。

大腸がん検診問診票

面接年月日

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|------|--|----------|--|---|--|---|--|---|-----|
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | | 明治・大正・昭和 | | 年 | | 月 | | 日 | 歳 |

I. 今の状態についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で教えてください。

- 1 検査の頃、便に血がついてくることか
1 なかった 2 あった 3 わからない
- 2 検査の頃、歯ぐきからの出血は
1 なかった 2 時々あった 3 かなりあった
- 3 （女性の方へ）現在妊娠して
検査の時、生理中でしたか
1 いない 2 いる
1 いいえ 2 はい
- 4 お腹が（1 食後 2 空腹時 3 大便の前）に痛むことがありますか。
1 ない 2 ある
- 5 食欲は（1 ある 2 ない）、近頃やせましたか。
1 いいえ 2 はい
- 6 便通は〔 〕日に〔 〕回ある、便は
1 普通 2 軟らかい 3 硬い
- 7 近頃、便秘と下痢をくり返すようになりましたか
1 普通 2 便秘がち 3 下痢がち
4 便秘と下痢が交互 5 すっきりでない
- 8 近頃、便にねばねばした粘液がくっつくことか
1 ない 2 ある
＜裏面へつづく＞

9 近頃、便に血が混じったり、ついてきたことが

1 ない 2 ある 3 わからない

10 近頃、次第に便柱が細くなってきましたか

1 変わらない 2 細くなった

11 痔（いぼじ、切れじ）はありますか

1 ない 2 ある

手術を受けたことはありますか

1 ない 2 ある

12 その他、何かありますか

()

II. 今までの体の調子についておたずねします。答えを記入し、あてはまる項目の に○印をつけてください。

1 今までにお腹の手術を受けたことがありますか

1 はい 2 いいえ

| | |
|------|----|
| いつごろ | 病名 |
|------|----|

2 大腸の検査を受けたことがありますか

1 はい 2 いいえ

いつごろ→ _____

検査の方法は→ 大腸の透視 内視鏡（ファイバー） 検便
 その他 _____

その時の結果は→ _____

III. 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

別紙様式第5 (6)

※ 必ず事前に御記入の上、当日持参してください。

多発性骨髄腫検診問診票

面接年月日

令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|------|----------|---|---|---|--|--|-----|
| フリガナ | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | | 男・女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | | 歳 |

I. この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか。

→→ ない ・ ある


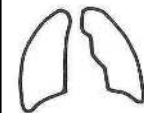
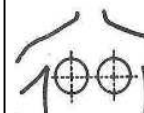
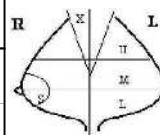

II. 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えてください。

- | | | | | |
|----------------------|----|-----|---|----|
| 1 体に痛いところがありますか。 | →→ | いいえ | ・ | はい |
| 2 動悸。息切れがしますか。 | →→ | いいえ | ・ | はい |
| 3 顔色が悪いといわれますか。 | →→ | いいえ | ・ | はい |
| 4 体のだるさがありますか。 | →→ | いいえ | ・ | はい |
| 5 出血（内出血を含む）しやすいですか。 | →→ | いいえ | ・ | はい |
| 6 かぜなどにかかりやすいですか。 | →→ | いいえ | ・ | はい |

III. 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

別紙様式第6号

様式第四号(二) (「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則」第十一条関係)

| 整理番号 | | 健康診断個人票 (一般検査(がん検診)用) | | | | |
|-------------|-----------------|---|--|--|---|---|
| ふりがな | | 性 | 男 ・ 女 | 年齢 | 明治 大正 昭和 | 明 治 年 月 日生 |
| 氏名 | | 別 | | 歳 | | |
| 居住地 | 都道府県 | 区市郡 | 町村 | 番地 | 被爆者健康手帳番号 | |
| | 胃がん検診 | 肺がん検診 | 乳がん検診 | 子宮がん検診 | 大腸がん検診 | 多発性骨髄腫検診 |
| | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 年月日 |
| 既往歴 | | | | | | |
| 現 | 症状 | | | | | |
| | 検査所見 | X線(直接・間接) 内視鏡 部位  | X線(直接)  所見 | 視診・触診部位  腫瘍有無 乳房X線検査 (内外方位方向)  (頭尾方向)  所見 右左 腫瘍 () () 石灰化 () () 局所的非対称性陰影 () () 構造的乱れ () () その他 () () 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5 | 子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 <input type="checkbox"/> NILM (微生物) <input type="checkbox"/> NILM (その他の非腫瘍性所見) <input type="checkbox"/> ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) <input type="checkbox"/> LSIL (HPV感染) <input type="checkbox"/> LSIL (軽度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (中等度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (高度異形成) <input type="checkbox"/> HSIL (上皮内癌) <input type="checkbox"/> SCC (扁平上皮癌) 扁平上皮系異常 <input type="checkbox"/> AGC (腺異型、腺癌疑い) <input type="checkbox"/> AIS (上皮腺癌) <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma (腺癌) <input type="checkbox"/> other (その他の癌) 悪性異常及腫瘍 【クラス分類】 I・II・III (IIIa・IIIb) ・IV・V | 便潜血 陰性・陽性 血清蛋白分画 総蛋白 g/dl A/G アルブミン % α1グロブリン % α2グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分 |
| 判定 | 精密検査不要 要精密検査 | 精密検査不要 要精密検査 | 異常認めず 要精密検査 | 精密検査不要 要精密検査 | 便潜血陰性 要精密検査 | 異常認めず 要精密検査 |
| 特に記すべき医師の意見 | | | | | | |
| 実施場所 | | | | | | |
| 実施機関名 | | | | | | |
| 担当医師名 | Ⓢ | Ⓢ | Ⓢ | Ⓢ | Ⓢ | Ⓢ |

(日本工業規格A列4番)

被爆者健康診断(一般検査(がん検診))実施報告書内訳

実施医療機関名

| 実施年月日 | 手帳番号 | 氏名 | 性別 | 要精密の別 | 検査項目 | | | | | | 特記すべき症状(要精密者) | |
|-------|------|----|----|-------|------|---|----|----|----|----|---------------|--|
| | | | | | 胃 | 肺 | 乳房 | 子宮 | 大腸 | 骨髄 | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

注 1 「検査項目」欄には、検査した(①胃②肺③乳房④子宮⑤大腸⑥骨髄)項目に○を記入する。
 2 「要精密の別」欄は、要精密者の場合は「要」、そうでない場合は「否」と記入する。
 なお、がん検診後直ちに精密検査を実施した場合、「要」の下欄に()書きで「検査済」と表示する。