

# 被爆者健康診断（一般検査）事務の手引き

<医療機関用>

## 1 制度の目的

県では、「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、下記の健康診断を医療機関に委託して行う。

## 2 健康診断を受けられる方の区分

区 分		① 被爆者健康手帳所持者	② 第一種健康診断 受診者証所持者	③ 第二種健康診断 受診者証所持者
手帳及び 受診者証		<b>ピンク</b> の手帳 *表紙「被爆者健康手 帳」と記載	<b>水色</b> の手帳 *表紙「第一種健康診 断受診者証」と記載	<b>水色</b> の手帳 *表紙「第二種健康診 断受診者証」と記載
受けられ る検診	定 期 健康診断	○年2回 一般検査 1回目：7月～9月 2回目：10月～12月  精密検査 *一般検査の結果、精密検査が必要な 者のみ		/
	希望に よる 健康診断	○年2回まで受診可能 がん検査(うち1回) 胃・肺・乳・子宮・大腸・ 多発性骨髄腫を受診可 一般検査(うち1回)		○年1回 一般検査 *精密検査及び がん検査は受診で きません。

## 3 健康診断の実施方法

①健康診断 実施期間	1回目：7月～9月 2回目：10月～12月
② 検査項目	ア 視診, 問診, 聴診, 打診及び触診による検査 イ CRP検査 ウ 血球数計算 エ 血色素検査 オ 尿検査 カ 血圧測定 キ AST検査法, ALT検査法及びγ-GTP検査法による肝臓機能検査 ク ヘモグロビンA1c検査  【注意事項】 肝臓機能検査・ヘモグロビンA1c検査：医師が必要と認める場合にのみ実施(ただし, ヘモグロビンA1c検査は年に一回は実施することが望ましい。)

<p><b>③検診時に必要な書類</b></p>	<p>検診の際は、下記の書類を活用ください。</p> <p>ア 問診票 別紙様式第1号</p> <p>イ 健康診断個人票(一般検査用) (ア)被爆者健康手帳及び第一種健康診断受診者証所持者用 別紙様式第2号(1) (イ)第二種健康診断受診者証所持者用 別紙様式第2号(2)</p> <p><b>【注意事項】</b> 被爆者の方には、事前に「ア」、「イ」の書類を送付しお持ちいただくことになっています。 当日お持ちにならない場合は、今回送付の様式をコピーし活用ください。</p>								
<p><b>④請求に必要な書類</b></p>	<p>請求の際は、下記の4つの書類を提出ください。</p> <p>ア 問診票 別紙様式第1号</p> <p>イ 健康診断個人票(一般検査用) (ア)被爆者健康手帳及び第一種健康診断受診者証所持者用 別紙様式第2号(1) (イ)第二種健康診断受診者証所持者用 別紙様式第2号(2)</p> <p>ウ 被爆者健康診断実施報告書 別紙様式第3号</p> <p>エ 請求書 別紙様式第4号</p> <p><b>【注意事項】</b> ・「ア」、「ウ」、「エ」は原本、「イ」は、写しでも可。 ・記入方法は、記載例を参考に作成ください。</p>								
<p><b>⑤請求金額の算定</b></p>	<table border="1" data-bbox="466 1357 1439 1563"> <tr> <td>基準額</td> <td>5,643円</td> </tr> <tr> <td>基準額+ヘモグロビンA1c検査</td> <td>6,182円</td> </tr> <tr> <td>基準額+肝機能検査</td> <td>7,722円</td> </tr> <tr> <td>基準額+肝機能検査+ヘモグロビンA1c検査</td> <td>8,261円</td> </tr> </table> <p><b>基準額:</b>「被爆者健康診断(一般検診)事務の手引き」の②検査項目アから力の検査を全て行った場合に支給。</p>	基準額	5,643円	基準額+ヘモグロビンA1c検査	6,182円	基準額+肝機能検査	7,722円	基準額+肝機能検査+ヘモグロビンA1c検査	8,261円
基準額	5,643円								
基準額+ヘモグロビンA1c検査	6,182円								
基準額+肝機能検査	7,722円								
基準額+肝機能検査+ヘモグロビンA1c検査	8,261円								
<p><b>⑥請求方法及び時期</b></p>	<p>請求にあたって、実施報告書を健康診断実施後20日以内に提出してください。請求は、実施報告書と同時期もしくは一箇月分ずつまとめて、翌月20日までに「④請求に必要な書類」を揃えて請求してください。(契約書 第8条及び第9条)</p> <p>なお、支払い事務の詳細については、県庁健康増進課または各保健所等に御確認ください。</p>								

<p>⑦請求書の提出先及び問い合わせ先</p>	<p>実施報告書及び請求書は、<u>県庁健康増進課</u>に提出ください。</p> <table border="1" data-bbox="464 405 1102 577"> <tr> <td data-bbox="464 405 584 465"></td> <td data-bbox="587 405 1102 465"> <p>住 所 (電話)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 470 584 577"> <p>健康 増進課</p> </td> <td data-bbox="587 470 1102 577"> <p>鹿児島市鴨池新町10-1 (Tel.099-286-2714)</p> </td> </tr> </table>		<p>住 所 (電話)</p>	<p>健康 増進課</p>	<p>鹿児島市鴨池新町10-1 (Tel.099-286-2714)</p>
	<p>住 所 (電話)</p>				
<p>健康 増進課</p>	<p>鹿児島市鴨池新町10-1 (Tel.099-286-2714)</p>				
<p>⑧検診結果の記録</p>	<p>被爆者に同意を得た上で、検診結果を被爆者の被爆者健康手帳、第一種健康診断受診者証又は第二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健康診断結果通知の代わりとします。</p>				
<p>⑨検診後の書類の保管・活用</p>	<p>検診後、5年間は下記の書類を必ず保管し、健康指導等に活用ください。 ・健康診断個人票(一般検査用) (別紙様式第2号(1)及び別紙様式第2号(2))</p>				

※ 下記の質問の○をしてください。

別紙様式第1号

問 診 票

手帳番号及び 健康診断受給者証	
氏 名	

- I. この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を→→                    ない      ・      ある  
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。  
そのとき医師の診察を受けましたか。                    →→                    受けない      ・      受けた
- 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「はい」または「いいえ」のどちらかを答えてください。
- 1 突然、胸の奥がしめつけられるように苦し→→                    いいえ      ・      はい  
くなることがありますか。
- 2 動悸・息切れがして気分が悪くなることが→→                    いいえ      ・      はい  
ありますか。
- 3 手足がふるえたり、体のどこかに感じの →→                    いいえ      ・      はい  
にぶいところがありますか。
- 4 せきやたんが最近特にふえましたか。                    →→                    いいえ      ・      はい
- 5 最近、食欲はありますか。                    →→                    はい      ・      いいえ
- 6 たびたび腹痛がありますか。                    →→                    いいえ      ・      はい
- 7 胸やけがしたり、すっぱいものが口の中へ →→                    いいえ      ・      はい  
上がってきたりしますか。
- 8 最近、急にやせてきましたか。                    →→                    いいえ      ・      はい
- 9 仕事が続けられないほど、背中や腰が痛み →→                    いいえ      ・      はい  
ますか。
- (以下の質問は、女性の方だけ答えてください。)
- 10 最近性器からの出血がありますか                    →→                    いいえ      ・      はい
- 11 最近、おりものが多くなりましたか、                    →→                    いいえ      ・      はい
- 12 乳房を手のひらで押さえると、固いしこり→→                    いいえ      ・      はい  
がありますか。
- III. 医師に特に相談したいことがありますか。                    →→                    いいえ      ・      はい

\*受診者は、太枠内についてのみ御記入ください。

整理番号		健康診断個人票（一般検査用）												
ふりがな 氏名		性 別		男 ・ 女		生年月日		明治 大正 昭和		年 月 日		被爆者 健康手帳 番号		
居住地		都道 府県		区市 郡		町 村		番地						
被爆時 の事情	被爆地	爆心地から約                      キロメートル						法第1条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号				
	第1号該当者の被爆 の状況	屋 内 木造・コンクリート・石造				屋 外 遮蔽の有・無								
既 往 症	被爆時前の既往歴													
	被爆直後の行動（お おむね3週間以内）													
	原爆によると思われる 急性症状（おむ ね6箇月以内）													
	原爆によると思われる 慢性症状													
		貧血	有・無	熱傷	有・無	下痢	有・無	脱毛	有・無	発熱	有・無	急性症状の 持続期間                      約                      箇月		
		外傷	有・無	皮膚粘膜の出血		有・無		筋痛		有・無	衰弱感		有・無	
		ケロ イド	有・無	その他										
現 病 理 学 的 検 査	理 検 学 的 査		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
	臨 床 病 理 学 的 検 査		白血球数		/mm <sup>3</sup>		/mm <sup>3</sup>		/mm <sup>3</sup>		/mm <sup>3</sup>		/mm <sup>3</sup>	
			赤血球数		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>		×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>	
			ヘモグロビン		g/dℓ		g/dℓ		g/dℓ		g/dℓ		g/dℓ	
			ヘマトクリット		%		%		%		%		%	
			ヘモグロビンA1c		%		%		%		%		%	
			肝臓機能検査		AST	ALT	AST	ALT	AST	ALT	AST	ALT	AST	ALT
			γ-GTP		IU/ℓ		IU/ℓ		IU/ℓ		IU/ℓ		IU/ℓ	
			CRP		mg/dℓ		mg/dℓ		mg/dℓ		mg/dℓ		mg/dℓ	
			尿たん 蛋 白		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性	
			糖		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性	
			ウロビリノー ゲン		増加・正常・減少		増加・正常・減少		増加・正常・減少		増加・正常・減少		増加・正常・減少	
			潜 血		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性		陽性・陰性	
			血 圧 値		最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg
				最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	
判 定		異常認めず 要精密検査		異常認めず 要精密検査		異常認めず 要精密検査		異常認めず 要精密検査		異常認めず 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														
担当医師氏名		(印)												

\*受診者は、太枠内についてのみ御記入ください。

整理番号		健康診断個人票 (第二種健康診断受診者・一般検査用)													
ふりがな		性	男	生年月日	明治	年	月	日	第二種健康診断受診者証番号						
氏名		別	女		大正										
居住地		都道府県		区市郡				町村				番地			
原子爆弾投下時に在った場所		爆心地から約		キロメートル											
既往症															
	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日	年	月	日
現	理学的検査														
	臨	白血球数	/mm <sup>3</sup>												
床	臨	赤血球数	×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>												
	臨	ヘモグロビン	g/dl			g/dl			g/dl			g/dl			
病	臨	ヘマトクリット	%			%			%			%			
	臨	ヘモグロビンA1c	%			%			%			%			
理	臨	肝臓機能検査	AST		ALT		AST		ALT		AST		ALT		
	臨		γ-GTP		IU/l										
学	臨	CRP	mg/dl			mg/dl			mg/dl			mg/dl			
	臨	尿	蛋白	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性		
的	臨	尿	糖	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性		
	臨	尿	ウロビリノーゲン	増加・正常・減少			増加・正常・減少			増加・正常・減少			増加・正常・減少		
検	臨	尿	潜血	陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性			陽性・陰性		
	臨	尿	血圧値	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg	最大	mmHg		
査	臨	尿	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg	最小	mmHg			
	臨	尿	判定	異常の有無 有・無			異常の有無 有・無			異常の有無 有・無			異常の有無 有・無		
特	特に記すべき医師の意見														
実	実施場所														
実	実施機関名														
担	担当医師氏名 (印)														



# 請 求 書

一 金 \_\_\_\_\_ 円 也

ただし、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第7条に基づく被爆者健康診断（一般検査・がん検診・精密検査）に係る委託料（令和 年 月 実施分）として

（内訳） 別紙被爆者健康診断実施報告書等のおり

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

鹿児島県知事 塩田 康一 殿

《振込先口座》

金融機関名称及び支店名 \_\_\_\_\_

口座の種類及び口座番号 \_\_\_\_\_

(フリガナ \_\_\_\_\_ )

口座名義 \_\_\_\_\_