

2026年度

さいたま市成人保健事業

実施の手引き

- 女性のヘルスチェック
- 前立腺がん検診
- 肝炎ウイルス検診
- 骨粗しょう症検診
- 胃・大腸・肺・乳がん検診
- 特定健康診査
- 特定保健指導

目次

◆ 健診の概要	p 1 ~ p 6
◆ 女性のヘルスチェック	p 7 ~ p 9
◆ 前立腺がん検診	p 10 ~ p 12
◆ 肝炎ウイルス検診	p 13 ~ p 15
◆ 骨粗しょう症検診	p 16 ~ p 19
◆ 胃がん検診	p 20 ~ p 29
◆ 大腸がん検診	p 30 ~ p 32
◆ 肺がん検診	p 33 ~ p 41
◆ 乳がん検診	p 42 ~ p 48
◆ 特定健診	p 49 ~ p 56
◆ 特定保健指導	p 57 ~ p 60

* 健診医療機関へのお願い

1. 各種健診帳票の記入について

健診帳票を受診者に渡し自宅で記入していただく際、受診者より記入方法の問い合わせが医師会や保健センターにあり対応に苦慮しておりますので、受診者に記入方法をしっかりと説明したうえで健診帳票をお渡してください。また、健診帳票のボックスチェックがレ点であったり、チェック線がはみ出していたり、くせ字、続け字等であるとOCR入力ができないことがありますので各医療機関で医師会へ提出する前に必ずもう一度不備が無いかを確認してください。

2. 受診者への結果説明について

特定健診、がん検診等の結果説明は、原則として受診者本人に直接説明し結果により指導・治療・精密検査へと進むこととなります。特定健診の結果説明の郵送はできませんが、がん検診等については検診後2か月経過しても結果を聞きに来ない場合は、実施医療機関から結果を郵送等により本人に結果をお知らせください。

3. メディカルセンターへのX線撮影依頼について

がん検診等でメディカルセンターにX線撮影等依頼する際は、検査の内容や注意事項について十分に説明をしてください。

◎成人保健事業のご説明

はじめに

4月27日より2026年度さいたま市成人保健事業（各種検診）がはじまります。

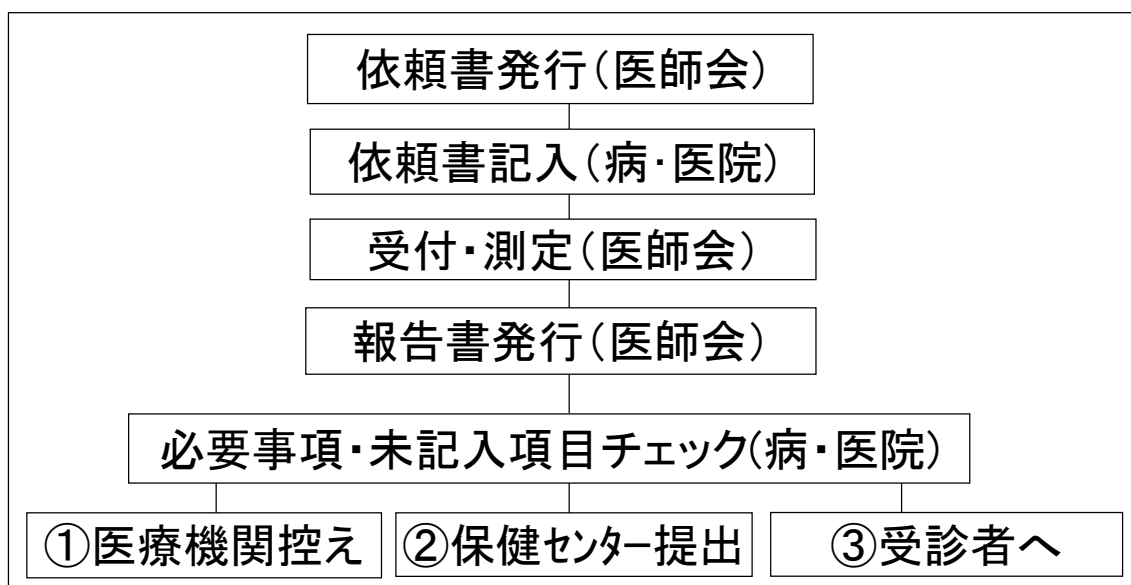
受診対象者には例年通りにさいたま市より案内状と受診券（葉書）が郵送されます。受診券には、対象検診の種類が記載されていますので、医療機関で必ず内容の確認をお願いいたします。

受診券を忘れた方の受診は本年度も「可」としますが、健康保険証などにより対象の受診者であることの確認や検診内容の確認は医療機関の責任でお願いいたします。後日、対象外の検診が実施されていたことが判った場合でも、医師会では内容変更・検査料の返還等には応じることはできませんのでご注意願います。

なお、後記する特定健康診査は、受診券無しでの受診は不可能ですのでご注意ください。なお、健診期間は2027年3月13日（土）までです。

1. フローチャート

- 女性のヘルスチェック・前立腺がん検診・大腸がん検診の実施手順 -



*大腸がん検診は便潜血反応の結果等により、また、前立腺がん検診はPSA測定の結果により精密検査が必要となる場合があります。

2. 対象年齢・検査項目

1) 女性のヘルスチェック

対象 : 2027年3月31日の時点で18～39歳の女性

診察 : 問診、打聴診

身体計測 : 身長、体重、BMI(計算)、血圧

尿定性 : 潜血、蛋白、糖

血液学的検査 : 白血球数、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、血小板数

生化学的検査 : AST(GOT)、ALT(GPT)、 γ -GTP、LDL-コレステロール、HDL-コレステロール、中性脂肪、血清鉄(Fe)、総鉄結合能(TIBC)、血糖

2) 肝炎ウイルス検診

対 象 : ①2027年3月31日の時点で40歳の者。
②41歳以上で、これまでに肝炎ウイルス検診を受ける機会を逸していた者、未受診の者。

★C型肝炎の検査済み、治療済み、治療中の者は非対象です。

診 察 : 問診 (検査同意書欄に自署の受診者サインをもらってください)

検査項目 : HCV抗体 (定性)、HBs抗原 (定性)

★平成25年度よりC型肝炎について検査手順が変更となっております。医師会ではHCV抗体検査の定性 (+・-) を行い、陽性者には全例にHCV抗体定量検査 (外注) が実施となり、その検査結果により、HCV-RNA検査 (外注) が追加されます。

3) 前立腺がん検診

対 象 : 2027年3月31日の時点で50歳以上80歳までの男性で、前年度に前立腺がん検診を受診していない者。

診 察 : 問診

検査項目 : 前立腺特異抗原 (PSA)

4) 大腸がん検診

対 象 : 2027年3月31日の時点で40歳以上の男女

診 察 : 問診

検査項目 : 免疫学的便潜血反応検査 (二日法)

5) 骨粗しょう症検診

対 象 : 2027年3月31日の時点で40・45・50～80歳の女性で、前年度 (令和6年度) に未受診のもの。

診 察 : 問診

検査項目 : DIP法による判定

3. 受 診 票

全ての健診対象者に「さいたま市2026年度 受診のご案内」の葉書が発送されています (後記する特定健康診査は別書式)。この案内にはその受診者が対象となる健診名が記載されています。もし受診者が受診票を忘れた場合でも検診の実施は可能ですが、対象者および健診内容の確認のため、できる限り案内の葉書を確認してください。また、葉書に記載されている「整理番号」は検診データを整理するための番号で、各健診に毎年共通です。この番号は依頼書・報告書 (健診票) に記入欄がございます。整理番号が不明 (葉書の未持参) でも受付、報告に支障はありませんが、事務処理の円滑化のためにも記入のご協力をお願い申し上げます。

4. 個人負担金

骨粗しょう症・乳がん・肺がん・胃がん・子宮がん・大腸がん・前立腺がん検診には個人負担金があります。但し、①2027年3月31日の時点で70歳以上②65歳～69歳で後期高齢医療保険被保険者③生活保護世帯の方④中国残留邦人等支援給付制度の受給者⑤市民税非課税者⑥検診対象初年度の方（子宮がん：20歳、胃・肺・大腸・乳がん：40歳）は無料です。

項目	委託単価 (消費税10%)	個人負担額
骨粗しょう症検診	4,961	400
乳がん検診（視触診）	3,201	300
乳がん検診（視触診・X線）	12,749	1,000
肺がん検診（X線）	6,446	600
肺がん検診（X線・喀痰）	9,966	900
肺がん検診（X線）＋結核検診	7,381	0
肺がん検診（X線・喀痰）＋結核検診	10,901	0
胃がん検診	19,767	1,000
子宮がん検診（頸部）	6,941	600
子宮がん検診（頸部・体部）	12,661	1,000
大腸がん検診	4,477	400
前立腺がん検診	6,556	600

単位：円

5. 検体提出

1) 採血管

a) 女性のヘルスチェック

生化学(A)、血糖(B)、血算(C)の3本および尿スピッツ。尿（定性3法）は医療機関での検査も可能です。その場合は、依頼書に必ず結果をご記入ください。

b) 肝炎ウイルス検診

生化学(A) 1本。

*精密検査対象者には特殊検査容器、精密検査依頼書を後日送付いたします。

c) 前立腺がん検診(PSA)

生化学(A) 1本。

d) 大腸がん検診

便潜血反応専用容器二日法の同時提出。

e) 骨粗しょう症健診

メディア（現像装置を有さない施設はメディカルセンター放射線科にご相談ください）。

6. 依頼書

1) 様式

ヘルスチェックは[22]、大腸がん検診は[23]、肝炎ウイルス検診は[24]、前立腺がん検診は[27]です。

これらの依頼書は検診の期間中で受診者一名につき一回限りの使用となります。検体凝固等の理由で再度採血を行った場合は[11]依頼書を用い、健診票に結果を転記してください。

2) 記入方法

光学的文字読み取り装置(OCR)による自動読み取りを行いますので、丁寧にご記入願います。

姓名はカタカナ(濁点は一文字となります)、枠内に薄字で「8」が入っているところは数字、枠内に薄字で「×」が入っているところはチェック欄です。チェック欄は「/」がチェックまたは申し込みで、「×」が取り消しまたはキャンセルです。従来メディカルセンターで使用している依頼書と同じようにご記入願います。

注. 郵便番号の記入について

依頼書の住所はご記入頂いた郵便番号で電算入力されます。郵便番号の記入が無い場合には健診票(報告書)の住所欄が空白となりますのでご注意ください。

3) 問診・診察について

各検診とも必ず医師が診察を行ってください。また、問診は必ず医療機関でお願いいたします。毎年、受診者から「依頼書の書き方が分からない」等の問い合わせを受けますが、この様なことの無いようご協力お願いいたします。また、診察は必ず検査前に実施してください、診察所見や問診等の欄が空白の場合、さいたま市から検診料金の支払いができなくなる場合があります。

4) 誤読、不読、記入漏れの取り扱い

OCRが誤って読んだ文字(誤読)、または読めなかった文字(不読)について、氏名、年生、性別以外の修正は行いません。また、一部位(例えば整理番号欄)で一文字でも不読の場合は全てが空白となり、身長・体重・血圧欄も同様です。例えば、身長160 cmの1を7とOCRが誤読して身長が760 cmとなった場合も全欄空白と致します。なお、身長50~250 cm、体重20~200 Kg、血圧50~300 mmHgで且つ最小<最大の場合のみ、コンピュータは受付を行います。それ以外は空白となります。

5) 混合診療の廃止

お預かりした検体は、対象検診項目のみの測定となります。他項目の同時または追加依頼はできませんのでご了承願います。依頼書のなかにその他の項目等をご記入いただきましても、受付は行いません。

6) 緊急対応等について

緊急対応は致しません。検診報告書は翌日もしくは翌々日には返却いたします。

7. 報告書(検診票)

1) 報告書書式

ヘルスチェックはピンク色、前立腺がん検診は白、大腸がん検診は黄色の3枚綴

りの報告書（一枚目：医療機関控え、二枚目：保健センター提出用、三枚目：受診者用）が発行されます。なお、報告書は連続用紙で左右にスプロケット穴を付けたまま切り離さずに医療機関にお返しします（切り離すと三枚が離れてしまうことがあるためです）。肝炎ウイルス検診は従来通り結果のみの短冊用紙が返却されますので、結果を検診票に転記してください。

2) 記載事項

①ヘルスチェック検診票：受診者氏名（漢字）、医師名、健診医の判定、保健センターへの指示事項は出力されませんので各医療機関でご記入願います。また、報告書の最下段に「未記入項目」欄を設けます。これは依頼伝票での記載漏れや OCR が認識できず登録されなかった項目が出力されます。この場合、対象項目の結果は空欄となっていますので医療機関でご記入いただいた後に保健センター（医師会経由）に提出してください。なお、保健センターに提出されたもので必要事項が未記入のものは再度医療機関にお返ししますのでご記入の上、再提出をお願いします。

②前立腺・大腸がん検診票：受診者氏名（漢字）、医師名、健診医の判定（大腸がん検診）は出力されませんので各医療機関でご記入願います。なお、保健センターに提出されたもので必要事項が未記入があった場合は再度医療機関にお返しします。訂正後に再提出をお願いします。

3) 判定

検査結果を考慮し自動判定を行います。この結果を参考に「健診医の判定」を行ってください。なお、前立腺がん検診は P S A のカットオフから判断される自動判定のみとなります。

8. 記入漏れ、依頼漏れ、OCRの不読文字の扱い

依頼書の受付は、依頼書記入情報に従って OCR による自動入力を行います。依頼書の記入、チェック欄は全て記入いただくようお願いいたします。また、記入文字、チェック方法の不備により OCR が誤読または不読であった場合、受付処理は無修正（属性は修正します）で行います。その場合、報告書は空白出力となりますので、手書きで訂正の上、受診者返却・保健センター提出をお願いします。

なお、依頼書を、あらかじめ受診者に渡し、自宅等にて記入させる場合は、医療機関で記入漏れや誤字等が無いかの確認を行ってください。

9. 未提出検体、再提出検体の取り扱い

検体は所定の本数を必ず同時に提出してください。もし、検体凝固等で再提出される場合は、[11]の依頼書で単項目依頼をし、結果を報告書(健診票)に転記してください。[22・23・24・27]の依頼書は、検診の期間中で一人一回しか使用できませんのでご注意願います。

大腸がん検診で便 1 日分のみの提出時は、依頼項目の欄の片側に[×]を付けてください。残りの検体の提出は、通常的一般検査依頼書[03]をご使用いただき、検査結果は検診票（報告書）に転記してください。

10. 請求、支払い

1) 検査料金

メディカルセンターが医療機関に請求する検査料金は一般検体と同様に保険点数の45%です。ただし、HCV抗体（定性）とPSAは50%、外注検査であるHCV-RNA(PCR)とHCV抗体（定量）は65%とさせていただきます。なお保険点数は令和6年度改訂のものを適用しています。

2) 市への請求

従来通りの書式で一ヶ月毎の健診受診者数を医師会経由で市に請求いたします。

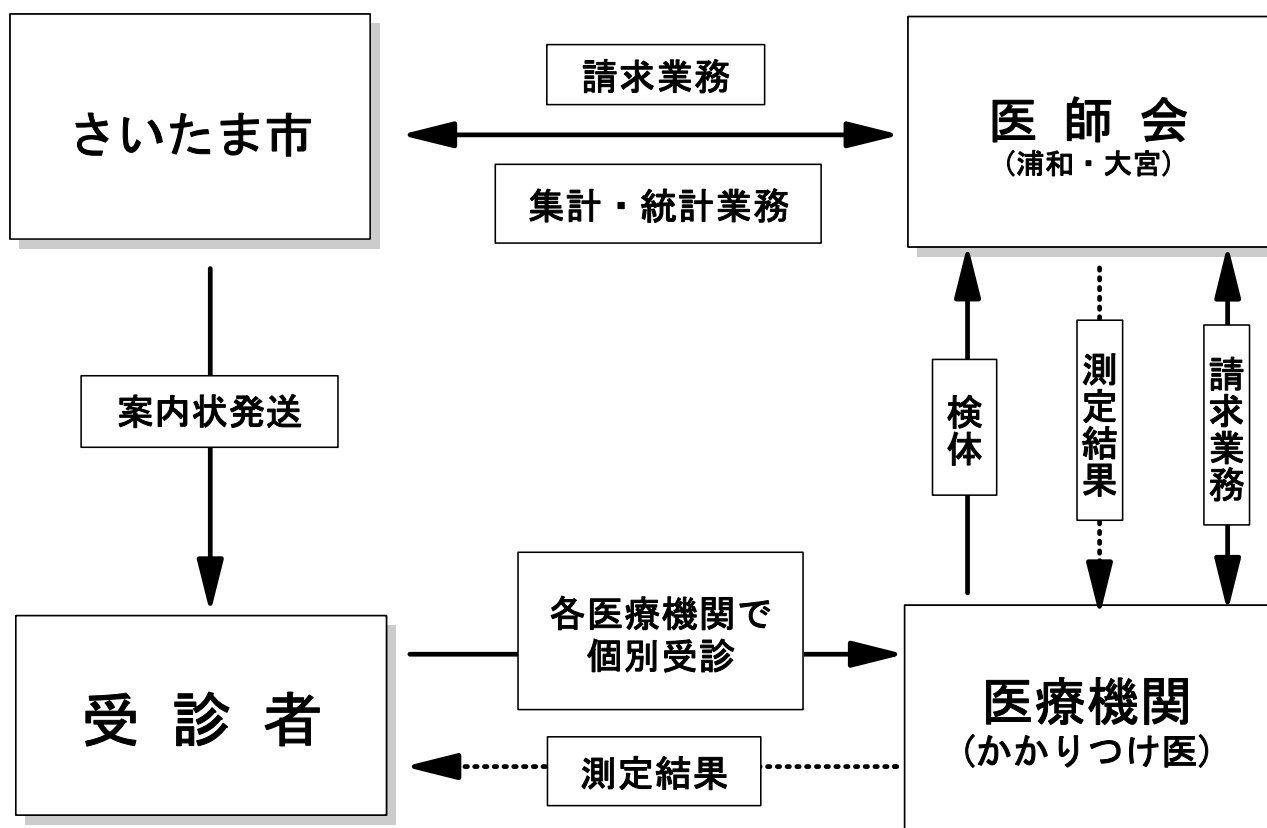
3) 市からの支払い

保健センターに提出された報告書（健診票）の内容は、市のコンピュータに入力され、集計後に医療機関から提出された請求書金額と照合して料金のお支払いを行います。なお、コンピュータ集計された金額と医療機関が提出する請求書の金額に隔たりがあった場合は、報告書（検診票）との照合を行い決済します。

おわりに

健診は行政と医師会との連携によって成り立っておりますが、本事業を円滑に推進するには会員の先生方のご理解とご協力が不可欠でございますのでよろしくお願い申し上げます。

さいたま市における成人病健診事業



◎女性のヘルスチェック

女性のヘルスチェックは 2027 年 3 月 31 日の時点で 18～39 歳の女性が対象です。

ご依頼時には[22]依頼書を使用し、他の検査と採血管を併用することは避けてください。

検査項目は尿定性（潜血・蛋白・糖）、血液学的検査（白血球数・赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値・血小板数）、生化学的検査（AST・ALT・ γ -GTP・LDL-レステロール・HDL-コレステロール・中性脂肪・血清鉄・総鉄結合能・血糖）です。尿検査は医療機関で実施しても結構です。その場合は依頼書の尿検査依頼欄を【×】とし、尿検査（院内実施分）欄に結果をチェックしてください。

年度 さいたま市 女性のヘルスチェック健診票

(医療機関控)

整理番号		受診日		実施医療機関	
		年 月 日		医師名	
フリガナ(姓)		(名)		〒	
氏名				さいたま市	
生年月日		年 月 日(歳)		電 話	

問 診

1. 自覚症状 ※

2. 既往歴など

1) ①心臓病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
②がん	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
③高血圧	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④糖尿病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑤肝臓病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑥腎臓病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑦貧血	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑧高脂血症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑨子宮筋腫	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑩月経異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑪妊娠中毒症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑫その他	病名(※)	

2) 今までに輸血を受けたことがありますか。
はい いいえ

3. 家族歴

血のつながった方で次の病気にかかった方がいますか。

①高血圧	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
②脳卒中	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
③心臓病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
④糖尿病	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
⑤がん	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり

4. 喫煙、飲酒

①お酒を飲みますか。
飲まない やめた ときどき飲む
ほぼ毎日飲む

②タバコは吸いますか。
吸わない やめた 吸う
 (1日平均 本、年間) 喫煙指数：
 ③禁煙したいと思いますか。 はい いいえ

5. ダイエットの経験はありますか。
いいえ はい (現在 過去に)

※の欄は医療機関で、ご記入ください。

必須検査(全員実施)

身体測定	身長	cm	B M I	基準値
	体重	kg		18.5-24.9
血圧	最大		最小	最大<140 最小<90mmHg
尿検査	潜血		- ± + 2+ 3+	(-)
	蛋白		- ± + 2+ 3+	(-)
	糖		- ± + 2+ 3+	(-)
血算	白血球数			33-85×10 ² /μl
	赤血球数			360-500×10 ⁴ /μl
	血色素量			12-16 g/dl
	ヘマトクリット値			34-46%
	血小板数			14-34×10 ⁴ /μl
肝機能検査	AST(GOT)			5-40IU/l
	ALT(GPT)			4-44IU/l
	γ-GTP			4-73IU/l
脂質検査	LDLコレステロール			<120mg/dl
	HDLコレステロール			40-90mg/dl
	中性脂肪			30-150mg/dl
血糖検査	血糖・空腹			60-110mg/dl
	血糖・随時			
貧血検査	血清鉄(Fe)			60-130μg/dl
	総鉄結合能(TIBC)			300-400μg/dl
打聴診	ア. 異常なし イ. 異常あり(※)			

※健診医の判定(優先)

異常認めず 要指導 要医療

自動判定(参考)

異常認めず 要指導 要医療

※健診医から保健センターへの指示事項

(保健センターから受診者に指導すること)

<input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 受診中-保健指導不要	
<input type="checkbox"/> あり(枠内に御記入ください)	
項目	<input type="checkbox"/> 肥満度 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝機能 <input type="checkbox"/> 腎機能 <input type="checkbox"/> 血清脂質 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()
指導項目	<input type="checkbox"/> 栄養 <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他の生活指導 <input type="checkbox"/> 受診勧奨
コメント欄	食事指導内容 指示量()kcal
	塩分量()g
	目標体重()kg

*後日、保健センターから受診者に連絡が行くことをご説明をお願いします

未記入項目欄(記入後ご提出願います)

◎前立腺がん検診

前立腺がん検診は 2027 年 3 月 31 日の時点で 50 歳以上 80 歳までの男性で前年度に当該検診未受診の方が対象です。ご依頼時には[27]依頼書を使用し、他の検査と採血管を併用することは避けてください。なお、本検診には 600 円の個人負担金があります。

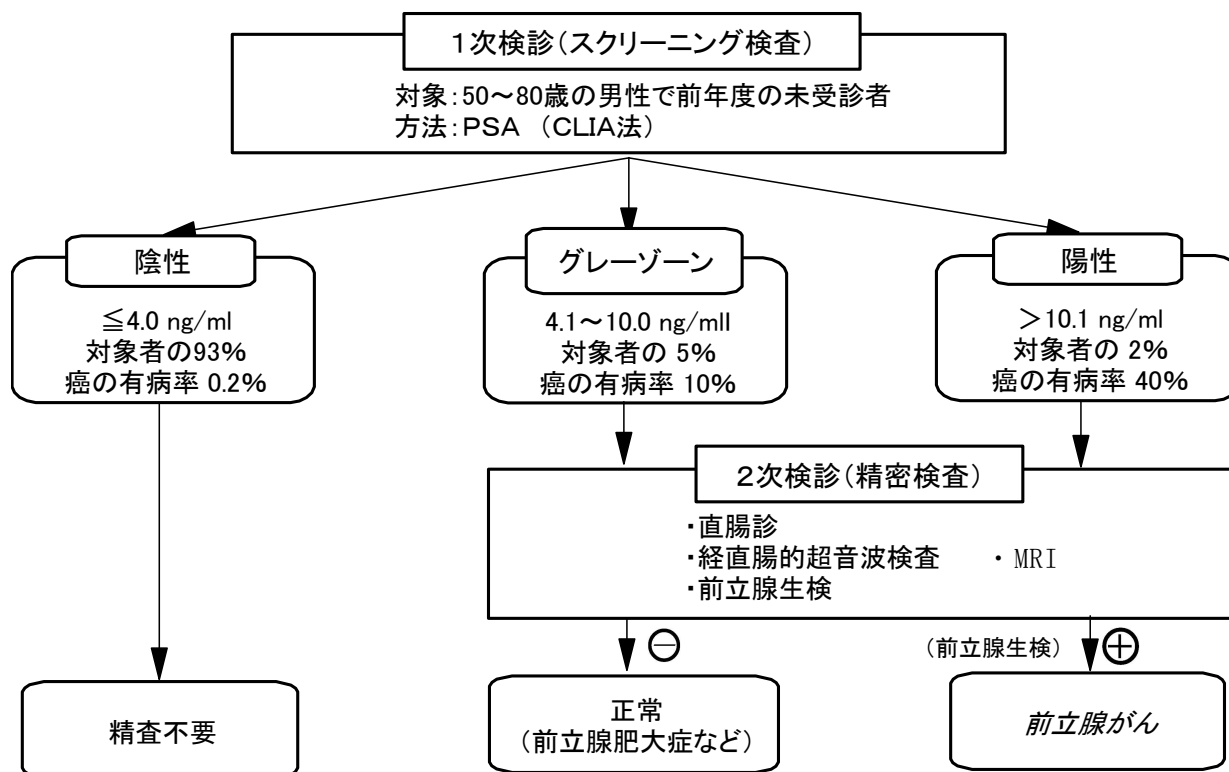
－ P S A 測定による前立腺がん検診について－

1. PSA(Prostate Specific Antigen:前立腺特異抗原)は前立腺の上皮細胞で作られる糖蛋白質であり、前立腺がんで増加する腫瘍マーカーです。これを測定することで、前立腺がんのスクリーニングを行います。

2. PSA 値は一般的に 4.0 ng/ml 以下：陰性、4.1-10.0 ng/ml：グレーゾーン、10.1 ng/ml 以上：陽性と判定されますが、さいたま市の検診では 4.1 ng/ml 以上を一律に「要精査」と判定します。なお、PSA は、前立腺肥大症、前立腺炎でも高値を示すことがあります、逆に前立腺容積減少効果のある薬剤を内服していると低値を示すことがありますので、結果の解釈には注意を要します。

3. 判定結果が「要精査」の者は二次検診として直腸診、経直腸的超音波検査、針生検などが必要です。なお、前立腺生検施行の有無は二次検診医療機関に一任いたします。

前立腺がん検診システム



注:前立腺生検施行の有無は、二次検診医療機関に一任する。

◎肝炎ウイルス検診

1. 肝炎ウイルス検診の対象者

肝炎ウイルス検診は2027年3月31日の時点で40歳の方が対象です。また、41歳以上で今まで肝炎ウイルス検診を受けていなかった方も対象となります。なお、C型肝炎治療者や、過去にこの検診を受診したことのある者は本検診を受診することはできません。

2. 問診

問診欄には「過去に肝機能異常を指摘されたことがあるか否か」「現在、C型肝炎の治療を受けているか否か」など、結果判定に大きく影響する項目もあるので、もれなく記入してください。

その際、肝炎ウイルス検診についての説明を十分に行い、肝炎ウイルス検査を実施する場合には、必ず受診者本人の同意を得てください。

3. 採血

採血管は通常の生化学検査用(A)を使用しますが、他の検査と採血管を併用することは避けてください。

4. 検診の実施

C型肝炎ウイルス検査はHCV抗体検査(定性)を実施し、得られた値はウイルスの有無を判定するために、陰性・陽性に分類されます。陽性のものについてHCV抗体検査(定量)、およびHCV核酸増幅検査(リアルタイムPCR法)により、ウイルスの有無を判定いたします。対象者(陽性者)には、提出医療機関に検査結果報告書(メディカルセンター報告書)・生化学検査用採血管(HCV抗体定量検査用)・遺伝子検査用採血管(HCV核酸増幅検査用)・特殊検査依頼書(外注)を返送いたします。B型肝炎ウイルス検査はHBs抗原検査(定性)を実施し、感染の有無を判定します。

5. 結果の判定

HCV抗体検査の結果はチャート図(肝炎ウイルス検診票参照)に従って、以下のよう
に判定されます。

HCV抗体検査(定性)の陽性者はHCV抗体検査(定量:外注)を実施し、その結果で以下に分類されます。なお陰性者はその時点で検診が終了します。

- ①HCV抗体検査(定量:外注)が「高力価」のものは「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されます。
- ④HCV抗体検査(定量:外注)が「陰性」のものは「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されます。
- ②・③HCV抗体検査(定量:外注)が「中・低力価」のものはHCV核酸増幅検査を実施し、その結果で以下に分類されます。
- ②HCV核酸増幅検査が「陽性」のものは「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されます。
- ③HCV核酸増幅検査が「陰性」のものは「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されます。

・HBs抗原検査は「陽性」または「陰性」と判定されますが、いずれの場合でも必要に応じて他のB型肝炎ウイルスマーカー検査や肝機能検査などを実施し、総合的に判断するようにしてください。

さいたま市B型・C型肝炎ウイルス検診票

医療機関保管用

※複写式のため、強めにご記入ください。

整理番号	-	受診年月日	年 月 日	受診番号	
住所	さいたま市 区				
フリガナ (姓)	(姓)			性別	
氏名				男・女	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	電話	- -		

I. 問診

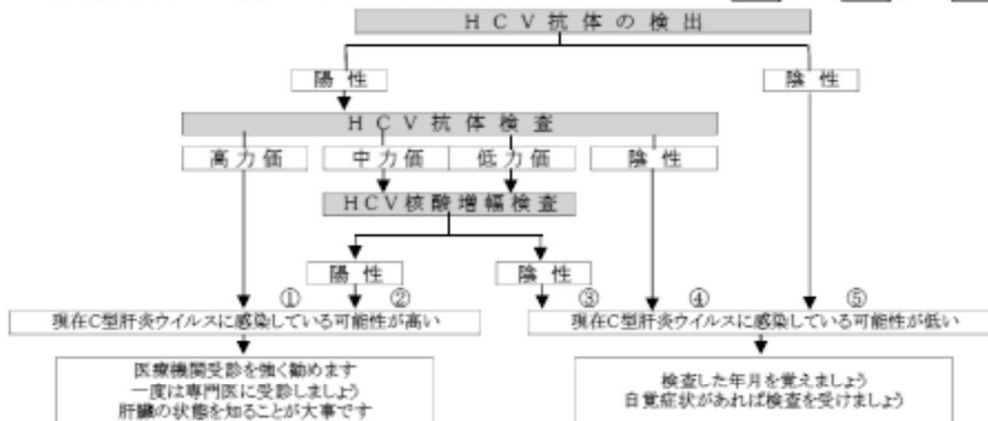
1) 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ	
2) 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ 「はい」と答えた方にうかがいます。定期的に肝機能検査を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
3) (女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ 「はい」と答えた方にうかがいます。定期的に肝機能検査を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
4) これまで、市のB型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ	3. わからない
5) 現在、B型肝炎の治療を受けていますか。 1. はい (年前から) 2. いいえ	3. わからない
6) 過去に、B型肝炎の治療を受けたことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ	3. わからない
7) これまで、市のC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ	3. わからない
8) 現在、C型肝炎の治療を受けていますか。 1. はい (年前から) 2. いいえ	3. わからない
9) 過去に、C型肝炎の治療を受けたことがありますか。 1. はい (年頃) 2. いいえ	3. わからない
10-1) 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検査を希望しますか。 1. 希望する 2. 希望しない	
10-2) 「HBs抗原陽性」又は「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された場合、フォローアップに同意しますか。 (フォローアップでは、精密検査を受診したかどうかのアンケート等を、後日、お願いいたします。)	
1. 同意する 2. 同意しない	
氏名 _____ (自署してください)	

II. B型肝炎ウイルス検査判定結果 ※該当する判定結果にレを記入してください。

- 1) 「HBs抗原 陽性」と判定されました。 → 2) 「HBs抗原 陰性」と判定されました。 →

III. C型肝炎ウイルス検査判定結果

- 1) 「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。 ① ②
2) 「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。 ③ ④ ⑤



<注意事項> HBs抗原検査が陽性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。
また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。したがって、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところ、上記に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。
なお、「現在C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(きわめてまれとされています。)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさや食欲がない等の症状や肝機能異常を指摘された場合などには、必ず医師に相談してください。

検診実施医療機関		医療機関コード	-
----------	--	---------	---

* 本検診票は検査依頼時にはメ・セに提出せずに医療機関に保管し、結果を転記してください
* 本検診票は注文により医師会より発送いたします

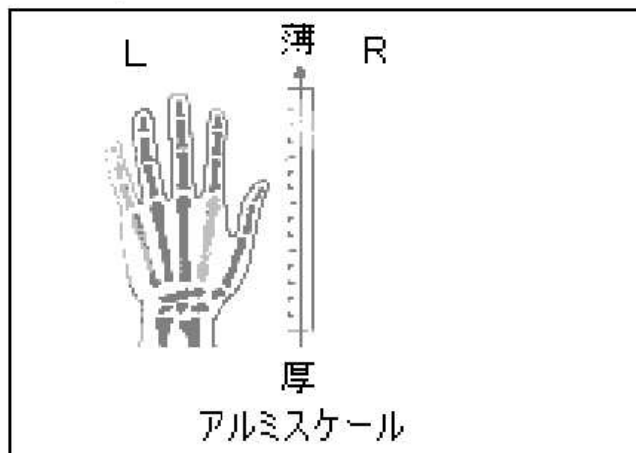
◎骨粗しょう症検診

1. **対象者**：2027年3月31日の時点で40・45歳および50歳から80歳の女性で前年度に受診されていない方が対象となります。
2. **個人負担金**：400円です。
3. **方法**：DIP法（エックス線メディア読み取り法）による個別検診。昨年度よりエックス線フィルムでの提出は廃止となりました。また、その他の測定法および医療機関単独での測定については認められませんので、専用のメディア（18ページ参照）を作成して医師会に提出願います。。
4. **費用**：検診委託料は4,961円です。その内、測定料の320円と機器リース充当分の140円に10%の消費税を併せた506円を昨年同様に徴収させていただきます
5. **撮影条件**：次ページをご参照ください。
6. **測定依頼方法**：**専用袋に**、必要事項を記入した問診票（3枚複写のまま）と依頼名簿をメディアと一緒にして、当日依頼分をまとめて入れてください。
7. **集配**：この検診に関しては、すべて胃がん検診と同様に、株式会社ネヲハルに委託し、専用集配となります。通常の医師会集配では受付いたしませんので、ご注意ください。
8. **撮影依頼**：メディカルセンターにて撮影依頼を受付けております。撮影料金は、710円で測定料とは別料金となります。撮影依頼書と問診票に必要事項を記入の上、受診者に持参していただくようお願いいたします。この場合、測定終了後、結果票と一緒にメディアをお届けいたします。
9. **検査結果**：この検診における判定基準は、若年成人平均値（20歳から44歳）を用いており、高齢者の場合正常と判定されないことが多いと予想されます。この場合は、併記された同年齢比較を考慮のうえ結果の説明をお願いいたします。なお、がん検診と同様に、精密検査ご依頼の際には精密検査結果連絡票を添付していただき、結果入手後月毎にまとめ、医師会控えと保健センター提出用を別綴りし、医師会集配にお渡しください。
10. **測定結果票**：結果票は3枚お届けいたします。1枚目から順に、医療機関保管用、保健センター保管用、本人控えとなっており、問診票とともに返却いたします。
11. **料金請求**：請求は、骨粗検診結果報告書の保健センター提出用と問診票に計算票を添付して医師会集配にお渡しください。

注. 4・7・8は浦和医師会のみ対応

◎骨粗しょう症検診における撮影条件

1. 管電圧：50kvp
2. 管電流：100mA
3. 曝射時間：
0.02～0.06sec(標準 0.04sec)
4. 距離：100cm



1. 図のように左手を軽く開いた状態でカセットの上に乗せ、親指側隣にアルミスケールを置き撮影してください。その際、親指・人差し指・中指の間隔を十分に広げてカセットにしっかり押しつけてください。

左手の撮影が困難な場合や左手の第2中手骨に異常や障害がある場合に限り右手での撮影を可能としますが、その際は参考値になりますので、その旨を受診者にお伝えください。なお、両手を撮影する必要はありません。また、薬指についている指輪は外さなくても検査可能です。

2. 昨年度よりフィルム提出は廃止となっています。

3. デジタル写真 (CR、DR) の測定は次ページをご参照ください。

4. エックス線装置のフィルターは、取り外してください。リスホルムブレンデ (グリッド) は、ご使用にならないでください。

5. エックス線テレビ装置をご使用の場合は、天板の上にカセットを置いて撮影してください。そのため、アンダーチューブタイプの装置では、撮影できません。

6. 専用ラベルは廃止になりました。

7. 撮影方法等でご不明な点がございましたら、メディカルセンター放射線科 (Tel824-3702:放射線科直通) 迄ご相談ください。

8. 集配・結果等のお問い合わせは胃がん・肺がんの検診読影室の電話番号をご利用ください。

専用電話：胃がん 048-824-7026・肺がん：048-824-7261

付. デジタル写真にて骨粗検診に参加される際の注意事項

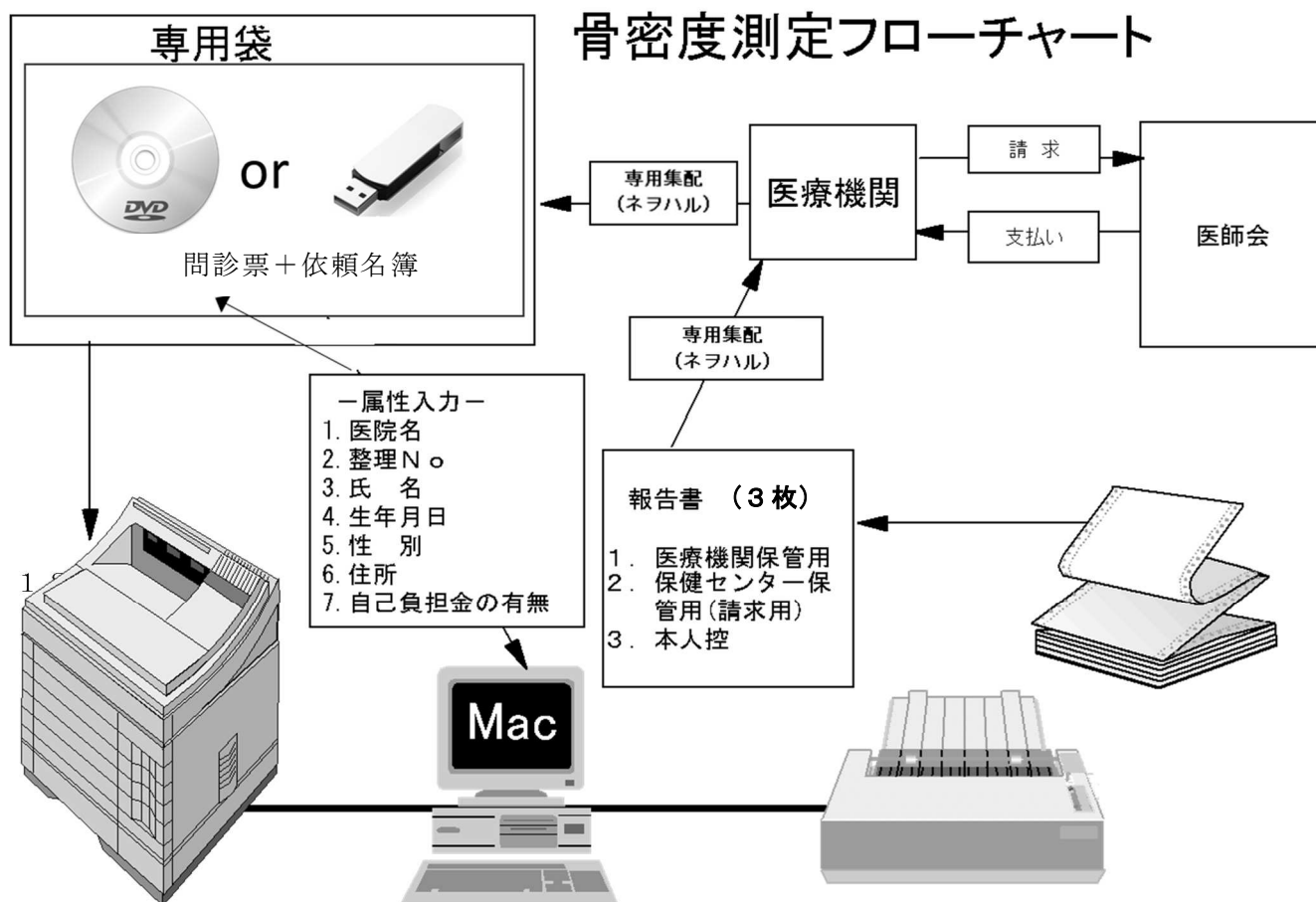
メディア（CD-R、CD-RW、DVD-R、DVD-RW、USB フラッシュメモリー）に対応しております。

メディアでも初めて参加される場合は、必ず CR、DR 装置メーカー（富士フイルムメディカル、コニカミノルタヘルスケア、キャノンメディカルシステムズ：日本コダックは対象外となります）に CR、DR 処理装置の調整を依頼し（原則有償）、ファントム画像のテストメディアを作成していただき、医師会読影室に提出してください。

既にデジタルフィルムにて参加されている場合は、ご自身でテストメディアを作成（DICOM 形式で X 線画像を書き込む）し、医師会読影室に提出してください。

なお、作成方法が不明な場合は、CR、DR 装置メーカーの担当者にお尋ねください。

何れの場合も、測定可能の確認が取れ次第、医師会からご連絡いたします。



整理番号:
00004

受付No.

さいたま市骨粗しょう症検診結果報告書(例)

姓
名
生年月日 1951年02月07日
年齢 52歳
性別 女
施設名 ○○医院
撮影年月日 2002年07月10日
検査年月日 2002年07月10日

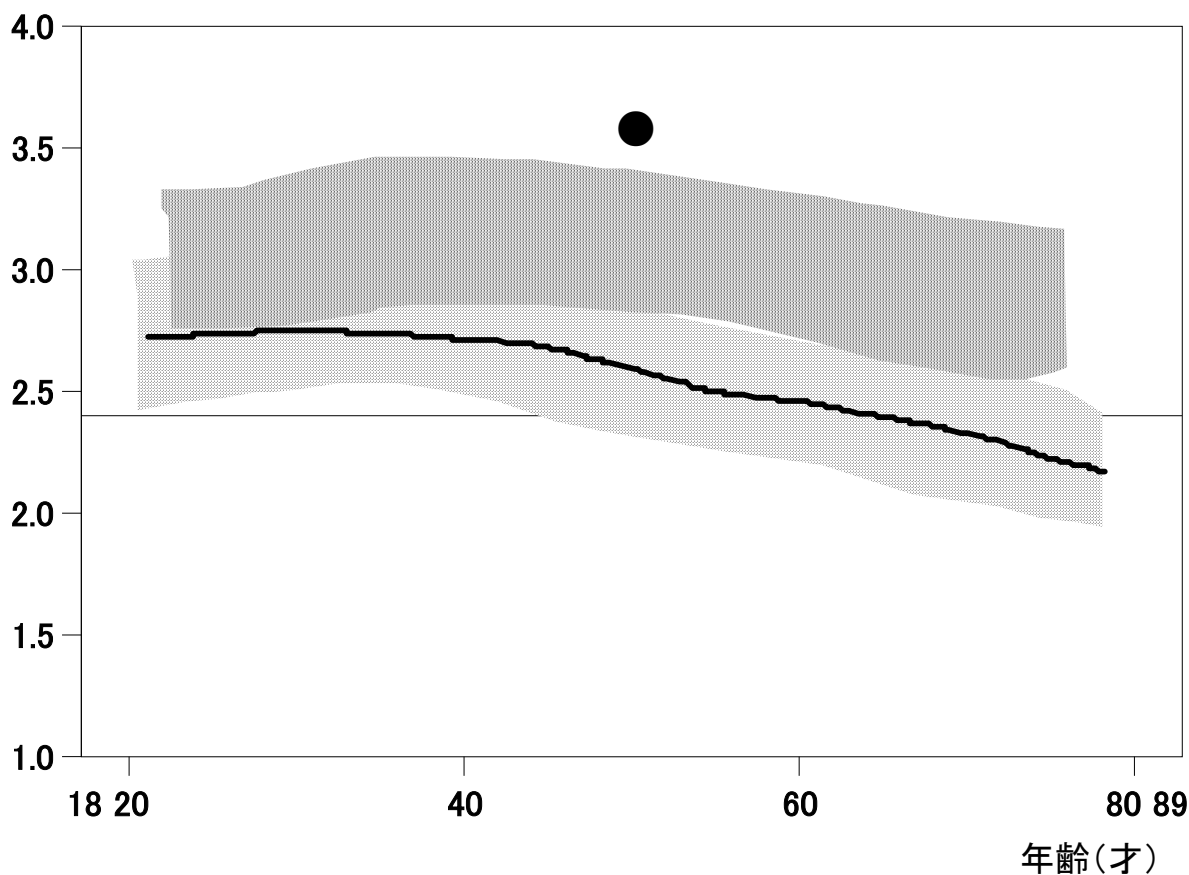
あなたの骨密度は、 3.48 mmAl です。
同年代層に比べて、 175.6% です。
若年齢層平均に比べて、 159.2% です。

判定 正常

現在のところ中手骨における骨密度の低下はありません。
今後も注意して骨粗しょう症の予防に努めましょう。

mmアルミ厚

MCI:0.491



◎ 胃がん検診票記載要項及び指示事項

I・胃がん検診の有効性とインフォームド・コンセントについて

- ・集団検診を対象とした研究で、胃X線検査による胃がん検診は有効であることが確認されています。
- ・ただし、どのような方法でも、どのように注意深く行っても、感度が100%の検診はありません。この点について受診者に説明しインフォームド・コンセントを得る必要があるでしょう。
- ・個別検診では精度管理が問題とされています。このことを十分にわきまえて精度の高い胃がん検診を行わなければなりません。

II・実施手順（記入・提出方法等）

1. 問診欄： 問診欄の記入は、もれなく記載してください。
医療機関の記入欄は未記入でも結構です。
2. 診 断： 部位区分、所見区分は各々記号で記入してください。
3. 一次読影医師氏名： 各一次医療機関の読影者医師名を記載してください。
4. 以上まで記入していただきレントゲンフィルムまたはメディアと共に所定の袋、および箱に入れて医師会読影委員会へご提出願います。
5. 提出に際しては、通常の医師会集配部とは別に専任の者（株）ネヲハルが巡回しますので、決して集配部へはお渡しにならないように特にご注意ください。
6. 二次読影： 各医療機関より提出されたフィルムを消化器読影委員が二次読影を行いサインを記入して、専任の配送者より再度諸先生方へお返しいたします。
*** 浦和医師会員のみ対応**
7. 総合判定： 返却された記録票をもとに再度一次医療機関の先生方が総合判定を行ない判定欄の各番号に○印をしてください。総合判定は従来どおり検診実施医療機関の責任で行ってください。この場合、二次読影の判定に従わなくても結構です。
8. ○印をされた番号は4枚目の胃がん検診結果のお知らせに通じますので、受診者へ十分ご説明の上お渡しください。

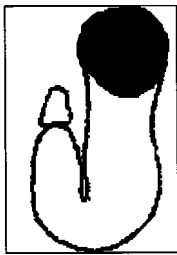
III・新・胃X線撮影法による胃がん検診撮影法

- ・高濃度低粘性造影剤を従来の方法よりも少量使用する二重造影主体の検査法です。以下、要点を説明します。
- ・圧迫法も用いるが、二重造影法で胃のほぼ全域を正面像として撮影する。撮りづらい部位は噴門部・前壁・大彎・幽門前部等。
- ・造影剤は200～220 W/V%高濃度低粘性粉末バリウム130～150 mlを使用する。

- ・発泡剤 5 g を 20～30ml のバリウムで服用後、残りのバリウムを飲む。その際、食道の透視観察を行い撮影する。
- ・透視台を水平位にして、造影効果を上げるため背臥位から右側臥位方向に 3 回転させる。
- ・さらに撮影体位ごとに左右への交互変換あるいは回転変換を加える。
- ・腹臥位前壁撮影では圧迫用のフトンを使用することが原則。
- ・胃上部の撮影では透視台を安易に立てない。
- ・透視下の観察で異常所見に気づいた際には、1～2 枚程度の追加撮影を行う。
- ・詳細については「日本消化器がん検診学会 胃がん検診のための胃 X 線検査マニュアル 2025 改定 第 3 版」を熟読願います。

◆新・胃 X 線撮影法により 8 枚撮影するときの体位の例

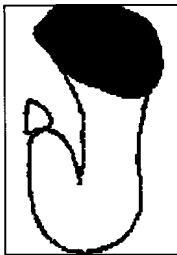
1. 背臥位二重造影 正面像



造影部位：前庭部後壁～体部後壁

- ・胃角を正面とする。
- ・広い範囲を描出できるように頭低位にしたり、腹式呼吸を行わせたりする。

2. 背臥位二重造影 第 1 斜位像



造影部位：前庭部小彎前壁～体部大彎前壁

- ・十二指腸、椎体の重なりを避ける。

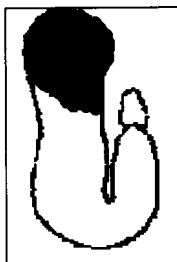
3. 背臥位二重造影 第 2 斜位像



造影部位：前庭部大彎前壁～体部小彎前壁

- ・軽く頭低位にして前庭部にバリウムが流れ込まないようにする。

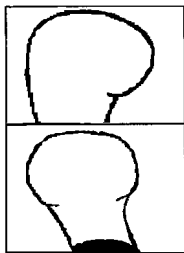
4. 頭低位腹臥位前壁二重造影 正面像



造影部位：体部大彎～前庭部前壁

- ・危険防止のために肩当てを使用する。
- ・圧迫用フトン于心窩部あるいは左季肋部に当てる。
- ・頭低位（30～45 度）、胃角正面で撮影。
- ・胃型により、描出域を広くするために第 2 斜位としてもよい。この場合、体部大彎～前壁の二重造影となる。

5. 腹臥位上部前壁二重造影 第1斜位像・腹臥位上部前壁二重造影 正面像



造影部位：上部前壁～小彎
・半臥位（20～30度）呼気にて2分割で撮影。

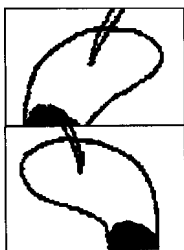
造影部位：上部前壁
・同様に2分割で撮影。

6. 背臥位二重造影 第2斜位像（振り分け）



造影部位：体部小彎～後壁
・水平から半臥位（30度）で撮影。
・腹式呼吸で造影剤の流れを調節。

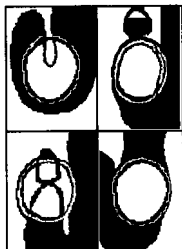
7. 右側臥位上部二重造影像・第1斜位上部二重造影像



造影部位：噴門を中心とする前後壁
・水平～半臥位（15度）、呼気にて2分割で撮影。
・前壁側の付着不良に注意。

造影部位：上部大彎
・強第1斜位で透視台を立てながら、バリウムの流れ落ちたところを撮影。

8. 立位圧迫像



造影部位：胃体部、胃角部、前庭部、幽門部から十二指腸球部
・下垂胃で胃角部が骨盤内に落ち込んで圧迫できない時は、半立位（40～50度）とすると圧迫しやすくなる。
・瀑状胃で穹窿部にバリウムがたまってしまう場合は、被検者に最敬礼をしてもらおうとバリウムを体部の方に落とせる。

IV・新・胃X線撮影法で二重造影が難しい部位と対策

日本消化器がん検診学会 胃がん検診のための胃X線検査マニュアル 2025 改定 第3版

【噴門部】

問題点：造影剤が十分に付着しないために病変が写らないことがある。

対 策：・360度の回転で粘膜をよく洗浄する。

・背臥位正面から右側臥位にすると、水平位で勢いよく体位変換し、直後に撮影する。

【前壁】

問題点：ガス量の不足やバリウムの過量、胃形等により胃中部前壁は二重造影となりにくい。

- 対 策：・バリウム量は130～150 ml より多くしない。
・ゲップをさせないように。 ・フトンによる圧迫も必要。
・前壁撮影時に空気量が少なければ発泡剤を追加しながら撮影する。

【大彎】

問題点：ガス量が不足すると十分に伸展せず病変は現れない。

- 対 策：ゲップをさせないように。前壁の検査に時間をとられ十二指腸にガスを流出させてしまわないように。造影剤を付着させ左側臥位（撮影体位の例では背臥位第1斜位）で撮影。

【幽門前部】

最も検査が難しい部位。

問題点：新・胃 X線撮影法のガス量は幽門前部には多すぎるため、二重造影で屈曲や回転が生じてしまう。

胃体部や十二指腸の陰影と重なりやすい。

- 対 策：・腹臥位ではフトン使用。幽門前部が圧迫された状態から少しずつ右腰を上げてゆき少量のガスが幽門前部に流れたところで撮影。
・背臥位では検査の最後に立位で十分に圧迫し、造影剤が十二指腸へ流出して減った状態で第1斜位にして寝台を倒してゆき、半立位で少量のガスが幽門部に入ったところを狙って撮影。

V・判定区分の解説

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アトラス,2017年より、一部改変

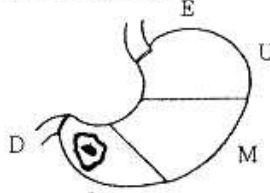
判定区分	疾患の例
Ⅰ．異常なし	とるべき対応
	明らかな病変を指摘できない健常胃・慢性胃炎 逐年検診
Ⅱ．異常所見はあるが 悪性病変ではない	胃ポリープ・十二指腸病変等 多くの場合経過観察、一部内視鏡による精査が必要
	Ⅲ．悪性病変との鑑別が必要※
Ⅳ．悪性病変の存在を疑う	胃潰瘍・胃腺腫・胃粘膜下腫瘍等 内視鏡により精査
	胃がんの疑い 内視鏡により精査
Ⅴ．悪性病変と判定する	胃がん 内視鏡により精査

*一次読影の際、読影困難および不能の場合には「Ⅲ」と判定してください。
この場合は部位区分および所見は記入しないでください。代わりに空欄に読影困難あるいは不能の理由を記載してください。

VI・一次読影記入例

次読影
読影医 _____

1. 潰瘍の辺縁隆起がめだつ



2. 前年度も同様に内視鏡。
生検は良性であった。

判定 I. II. III. IV. V.

部位区分		所見	部位区分		所見
A	B		A	B	
L	2	6			

次読影
読影医 _____



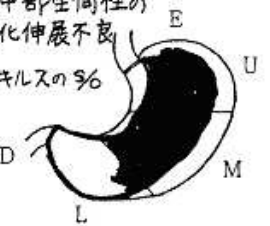
限局する粘膜凹凸
不整局面Ⅱc 36.

判定 I. II. III. IV. V.

部位区分		所見	部位区分		所見
A	B		A	B	
M	L	2	10		

次読影
読影医 _____

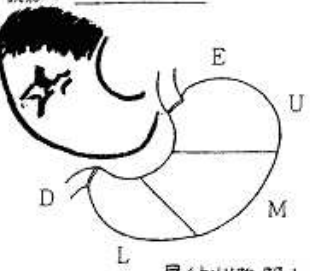
上中部全周性の
硬化伸展不良
スキースの36



判定 I. II. III. IV. V.

部位区分		所見	部位区分		所見
A	B		A	B	
U	M	4	4		

次読影
読影医 _____



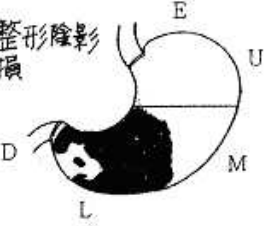
星紡状陥凹+
ひだの癒合

判定 I. II. III. IV. V.

部位区分		所見	部位区分		所見
A	B		A	B	
M	2	6			

次読影
読影医 _____

不整形陰影
欠損



判定 I. II. III. IV. V.

部位区分		所見	部位区分		所見
A	B		A	B	
L	3	5			

VII・胃がん個別検診写真評価について

読影困難および不能の場合、二次読影で「N」と判定しますので、内視鏡検査をお願いいたします。なお、読影困難あるいは不能の理由を空欄に記載いたします。

二次読影を行う過程で、たまたま1症例の撮影の不出来ではなく、ご提出いただいたフィルム全体に改善が必要と考えられた場合は、「さいたま市胃がん検診胃X線検査に関するお願い：次頁参照」を消化器読影委員会よりお送りいたします。その際はバリウムの変更や検査手順の見直し、撮影装置の点検等をお願いいたします。

VIII・「総合判定」について

- 「総合判定」は検診実施医療機関の責任で行ってください。
必ずしも「二次読影の判定」に従わなくてもよろしいのですが、二次読影よりも判定を軽くする場合は慎重に行っていただきますようお願いいたします。
- 「総合判定」がⅢ・Ⅳ・Ⅴの場合はかならず内視鏡検査をお願いいたします。

Ⅸ・精度管理へのご協力のお願い

検診の精度管理を行うことは検診実施医療機関ならびに読影委員会に課せられた責務であります。また、医事紛争の頻発する今日、その当事者とならないためにも是非必要です。

そこで二次読影に際し、先生方よりお預かりしたデータが多くの症例で読影困難または読影不能の場合、「さいたま市胃がん検診胃X線検査に関するお願い」を消化器読影委員会よりお送りいたします。

さらに、バリウムの変更や検査手順の見直し、撮影装置の点検等につきまして、消化器読影委員会、浦和医師会メディカルセンター放射線科等よりご指導させていただきますことをご了承くださいますようお願いいたします。

さいたま市胃がん検診胃X線検査に関するお願い

_____御中

さいたま市胃がん検診に多大なご協力を賜り御礼申し上げます。

貴施設では常に質の高いX線撮影データをご提出いただいておりますが、この度下記の項目に若干の改善の必要があると思われました。

大変恐縮ですが胃がん検診の精度向上のために、バリウムの変更や検査手順の見直し、機器の点検等お願いできれば幸甚と存じます。

対象となったデータ

撮影いただいた年月日	ご提出いただいた年月日
____年__月__日	____年__月__日
____年__月__日	____年__月__日
____年__月__日	____年__月__日
____年__月__日	____年__月__日

改善が必要と思われた項目

1. バリウムの付着が不良です。
2. 空気量が不足です。
3. バリウムの流出が過度です。
4. 描出領域が不十分です。
5. 呼吸停止不良な写真があります。

その他（ _____ ）

上記につきましてバリウムの変更や検査手順の見直しをお願いいたします。

____年__月__日
浦和医師会消化器読影委員会

X・胃がん検診（二重読影）事業について

1. 検診期間・・・2026年4月26日～2027年3月13日
2. 読影期間・・・2026年5月～2027年3月まで
3. 読影日・・・毎週月、火、水、木、金曜日
4. 読影時間・・・原則として 午後1時30分～2時30分
午後7時30分～9時（但し水曜日は休み）
5. 集配日時・・・毎週 火曜日 午後3時～5時頃
〃 金曜日 午後3時～5時頃
6. 読影室・・・医師会館4階
7. 開設日時
 - ・月曜日～金曜日 午前9時～午後9時（但し読影日）
 - ・ 〃 午前9時～午後9時（読影のない日・・・水曜日夜）
8. 胃がん検診読影室
 - ・専用電話：824-7026（内線450・451）
 - ・専用FAX：824-7147
9. 集配方法
 - ・専用段ボール箱、またはビニールケース回収（内、個人別封筒）
 - ・読影終了後・・・段ボール箱、またはビニールケースに収納の上返送
11. 集配日・・・事前申告のお願い
 - ・火、金曜日の集配日に読影データ、フィルムがない場合は、その旨を上記読影室Tel824-7026までお知らせいただければ、集配業務が円滑にまわりますのでご協力をお願い申し上げます。
12. 集配車両・・・株式会社ネヲハルの集配車両による（5台、15時以降）
※胃がんと骨粗検診フィルム以外の集配は取扱いいたしません。
13. 運営費・・・本事業につきましては、二重読影料が単価に含まれておりますので、読影料の半額（2,640円）をご負担いただき運営をさせていただきます。よろしく願いいたします。

※胃がん検診関係データ、フィルムの集配、管理事務委託先

株式会社ネヲハル 048-866-7200

注. 本ページ記載事項は浦和医師会員のみ対応

X I ・ その他の留意事項

1. 胃がん検診の二次読影料は検診委託料の単価に含まれております。読影料は一件あたり 2,640 円です。

*** 浦和医師会のみ対応**

2. メディカルセンターに胃がん検診の上部消化管撮影を依頼される場合は、胃がん検診票をつけての受診となります。なお、撮影フィルムは一次読影のために一度、依頼医療機関に返却しますので、一次読影欄にご記入いただき、所定の方法で読影委員会に提出してください。なお、一次読影は必ず医療機関で実施してください（一次読影から読影委員会依頼することはできません）。

*** 浦和医師会のみ対応**

3. がん検診票と精検結果連絡票は医師会でも保存いたしますので、月毎の請求時は、がん検診票を「医師会請求用」と「保健センター保管用」に分けて、別綴じして、それぞれに計算票を添付してご提出ください。
4. 撮影枚数は 8 枚（含スポット撮影） です。厳守ください。なお、食道は枚数に数えません。
有所見で 9 枚以上撮影されても結構ですが、請求金額は同一です。8 枚未満の場合は検診委託料が支払われない場合もありますので、ご了承ください。
5. DR 装置で撮影された場合、提出するフィルムは半切サイズを横長にして 4 分割とし、8 カット以上でお願いいたします。縦長や小さな分割では読影に支障を来します。
6. メディアによる画像提出も可能です。その場合、以下の点にご注意願います。
 - ①メディアは、CD-R、CD-RW、DVD-R、DVD-RW、USB フラッシュメモリーのいずれかをお願いいたします。
 - ②画像は必ず DICOM 形式で書き込んでください。
 - ③初めてご提出されるときは、必ず事前にサンプルメディアを医師会読影室にご提出願います。読影室にてモニター表示（読影）可能であることの確認を行います。
 - ④メディア一枚には 20 件までにしてください。

付・胃内視鏡検診について（浦和医師会のみ）

1. 対象者

胃がん個別検診の対象者で、さいたま市在住の40歳以上の者（当該年度40歳以上に達する者）。ただし当年度にすでに胃がん個別検診として胃X線検査を受診している者は除きます（すなわち同一年度内に一人の受診者がX線検査と内視鏡検査の両方を受けることはできません）。

2. 実施方法

別紙の「さいたま市胃がん内視鏡検診資料」をご参照ください。本稿では、手順とファイル作成方法について図示いたします。

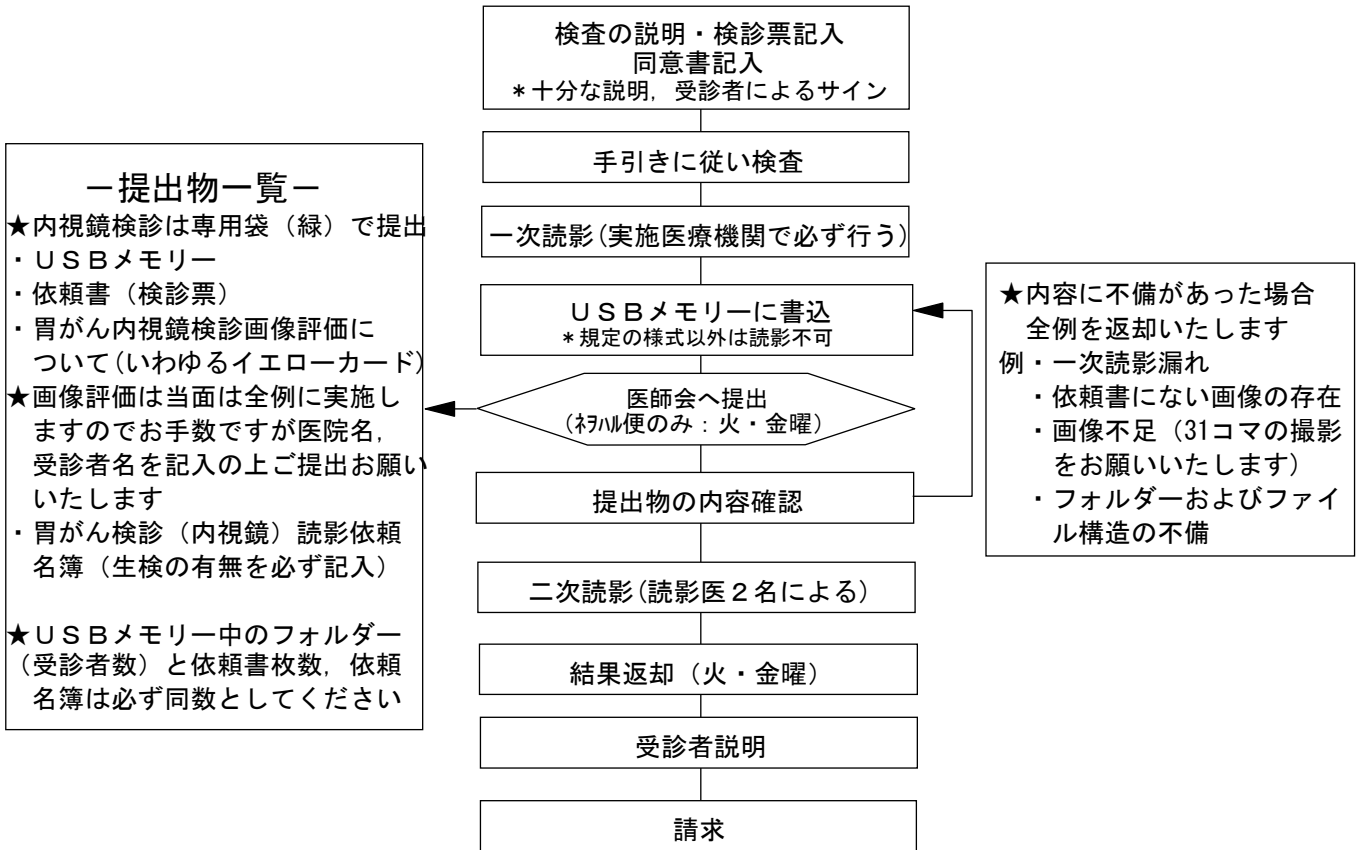
3. 留意事項

- 1) 撮影コマ数は31コマです。
- 2) 生検は必要最小限度にしてください。
- 3) 生検部位や病変部位は必ず図示してください（内視鏡で見た図として）。
- 4) 使用PCや提出媒体（USBメモリ）のウイルスチェックは必ず行ってください。「8D.bat」というUSBメモリー経由で伝搬されるウイルスが、蔓延しております。

4. 胃内視鏡検診実施にあたり

胃内視鏡検診の実施（手上げ）は二重読影業務に協力して頂ける医療機関が原則となります。実施医療機関あたり1名以上の医師の協力をお願いします。なお、当委員会が認める場合はその限りではありません。読影の協力が不可能な医療機関につきましては、実施（手上げ）はご遠慮ください。

内視鏡検診の手順(簡略図)



USB内のフォルダー名作成

1. メディア内に新規フォルダーを作成
2. フォルダー名を提出日(xxxxxxxx)+医院名に変更
*このフォルダーは1つのみです。撮影日が複数でも、提出日のフォルダー1つにまとめてください。
3. フォルダー内に撮影フォルダー(写真入り)をコピー
4. そのフォルダー名を「番号+患者名」に変更

◎大腸がん検診

1. 対象

2027年3月31日の時点で40歳以上の方。

2. 依頼書

特定健康診査等と同様に「OCR」形式となります。[23]依頼書に所定事項を
もれなくご記入ください。特に、個人負担金の欄は、請求上重要となります。

3. 個人負担金

400円となります。

4. 採便方法

採便容器に同包されている説明書の通りに採便指導をしてください。採便回
数が多いほど良いと考える受診者が多いようですが、過剰な採便は検出感度を
低下させます。

5. 提出検体

便潜血反応二日法が原則となります。一日目のみの提出はなるべくさけてく
ださい。片方のみの提出の場合は、依頼書の二日目の欄に×を付けてください。
万が一、空の容器が提出されても外観では採便の有無を確認できないため、測
定されてしまいます。二日目の検体を後日提出する場合は、通常的一般検査依
頼書[03]を用い結果は大腸がん検診票に転記してください。その際、検体は医
療機関、受診者氏名を記載したラベルを貼った封筒・ビニール袋に入れて提出
してください。くれぐれも採便容器単独の提出が無いようお願いいたしま
す。

6. 検査結果

従来通りの報告書と、1～2日遅れて大腸がん検診票が出力されます（3枚
複写：医療機関控え、保健センター提出用、受診者控え）。検診票は、受診者
属性、問診内容等、依頼書の情報と便潜血反応結果および判定が出力されます。
最終判定は、コンピュータが行う自動判定を参考に医師が行ってください。自
動判定は便潜血反応の「+・-」のみを参考としていますので、問診所見等で
結果を変更していただいても結構です。なお、精密検査を要する場合は、精密
検査医療機関用として、1枚目（医療機関控え）をコピーしてご利用ください。

◎肺がん・結核検診留意事項

[1] 肺がん・結核検診票

◎結核検診は 65 歳以上の方のみが対象となります。

A. 問診：昨年と同様です。

B. 個人負担金：①40～64 歳 X線のみ 600 円 X線＋喀痰検査 900 円
②65 歳以上 個人負担金無し

C. レントゲン所見一次読影記入欄

(1) レントゲン撮影：昨年度と同じく正面写真 1 枚です。

(2) 比較読影：

①医療機関の一次読影で、全例に昨年度のレントゲン写真と比較読影をして所見を記入していただき、今年と昨年のレントゲン写真を一緒に二次読影に提出してください（二次読影でも全例に比較読影をいたしております）。なお、メディアで提出の場合で、前回の写真がアナログ撮影の場合でも同様に昨年の写真をご提出願います。

②昨年度の肺がん検診を受診していない場合はそれ以外の時に撮影されたレントゲン写真でもかまいませんので比較読影し、同様に一緒に提出してください。

③比較読影できた場合、「施行」、「未施行」の「施行」に○をつけ、比較したレントゲン写真の撮影年月を記入してください。

④初回受診のため比較読影できない場合は「未施行」に○をつけ、さらに「初回受診」に○をつけてください。それ以外の何らかの理由で比較読影できない場合には「未施行」に○をつけ、簡単に理由をお書きください。

⑤次のような場合は受付をしないで一度お戻しいたしますので、改めてご提出願います。

- ・一次読影の所見や判定の書き忘れている場合
- ・比較読影の「施行」、「未施行」に○のついてない場合
- ・比較読影が「施行」されているも比較読影用のレントゲン写真がついていない場合
- ・比較読影が「未施行」で理由の記載ない場合、など

(3) 肺がん検診判定区分の d、e 判定は d、e と 1～4 の両方に○をつけてください。

(4) X線判定区分が右横にのっております。

c 判定がさらに 1～4 に分類されておりますが、浦和医師会員は細分類を記入する必要はありません。また、この表には○をつけないでください。

(5) 肺がん・結核検診の結核検診に関しては、二重読影をしませんので、一次医療機関のみの判定になります。

結核検診の判定区分は「1. 精密検査不要、2. 要精査、3. 経過観察」の3つとなります。

D. 以上までをご記入のうえ、フィルムまたはメディアに名簿を添えて専用ケースに入れて医師会集配にお渡してください。

なお、メディアによる画像提出の場合は、以下の点にご注意ください。

①メディアは、CD-R、CD-RW、DVD-R、DVD-RW、USBフラッシュメモリーのいずれかをお願いいたします。

②画像は必ずDICOM形式で書き込んでください。

③初めてご提出される時は、必ず事前にサンプルメディアを医師会読影室にご提出願います。読影室にてモニター表示（読影）可能であることの確認を行います。

④メディア一枚には20件までにしてください。

⑤比較読影用の写真がアナログ撮影の場合にも一緒につけて提出してください。

E. 胸部X線決定判定は、今まで通り医療機関が記入してください。

D、E判定はD、Eと1～4の両方に○をつけてください。

※二次読影が「a」判定の場合

(1) 医療機関での決定判定が「A」以外の場合はそのままご記入ください。

(2) 医療機関でも再撮影したほうがよいと思われた場合、

①受診者の了承が得られた場合は、再撮影の上、検診票を新たに記入して再提出してください。その場合、右肩角に受付番号と「再提出」をご記入ください。

②受診者の了承が得られない場合には、「A」判定とし、総合判定は医療機関でご判断ください。

F. 喀痰細胞診判定は、今まで通り医療機関でA-Eに○をつけてください。

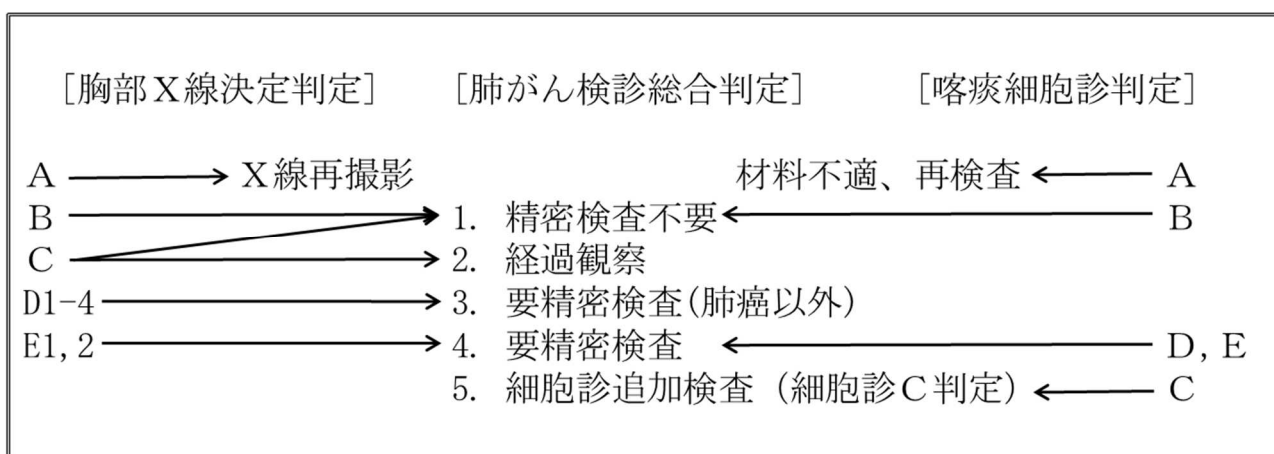
なお、喀痰細胞診の検査対象者は、原則として喫煙指数（1日本数×年数）600以上である受診者です。また、その他の理由（6ヶ月以内に血痰のあった者や職業歴から高危険群にあたる者、その他など）で、医師が必要と認めた受診者も対象となります。ただし、「喫煙指数600以上」以外の理由で実施した場合には、右中段の「喀痰細胞診実施の理由」欄に理由を記入してください。

※今年度も検査士、指導医名の記入欄がありますが、浦和医師会員は記入する必要はありません。また、票の中段右にサイトロジー標本番号の欄もありますが、これも浦和医師会員は記入する必要ありません。

G. 肺がん検診総合判定

(1) 今年度も胸部X線と喀痰細胞診の結果から肺がん検診総合判定を記入していただきます。総合判定の区分は昨年と同様に「精密検査不要、

経過観察、要精密検査（肺癌以外）、要精密検査、細胞診追加検査（細胞診C判定）」となっております。なお、胸部X線決定判定と喀痰細胞判定とは、下の表のような関係になります。



(2) 該当する総合判定に○をつけますと、昨年と同様に4枚目の「本人控」に複写されますので、受診者には自分の該当する「結果説明」を讀んでいただくことになります。精査が必要な方には、受診勧奨をしてください。

H. 右中段の「喀痰細胞診検査 1. あり、2. なし」は実施したときには「1. あり」に○をつけてください。

I. 検診票には「精検医療機関用」がありませんので、精検依頼時は各医療機関でコピーをして添付してください。

[2] 38・39 ページに日本肺癌学会の胸部X線検査の判定基準と指導区分とその補足、喀痰細胞診（肺癌学会）の判定基準と指導区分の表がありますので、これに沿って判定してください。

[3] 今までと同様に判定D1 - E1は可能な限り、医師会へCT検査を依頼してください。

[4] メディカルセンターに胸部撮影を依頼された場合は、一度レントゲン写真はお送りしますので、検診票の一次読影欄を記入いただいてから比較読影用のフィルムがあれば一緒につけて二次読影に提出してください。依頼方法は昨年と同様にがん検診票をつけてメディカルセンターにご依頼ください。

[1 1] 肺癌検診における胸部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」	定期検診	
c	C	「異常所見を認めるが精査を必要としない」 明らかな石灰陰影，線維性変化，気管支拡張症，気腫性変化，広範囲な陳旧性病変などで精査や治療を必要としないと判定できる陰影		
d	D	「異常所見を認めるが肺癌以外の疾患が考えられる」	比較読影	肺癌以外の該当疾患に対する精査
d 1	D 1	「活動性肺結核」治療を要する肺結核を強く疑う		
d 2	D 2	「活動性非結核性病変」肺炎，気胸など治療を要する状態		
d 3	D 3	「循環器疾患」冠状動脈石灰化，大動脈瘤などの心大血管異常		
d 4	D 4	「その他」縦隔腫瘍，胸壁腫瘍など精査を要する状態		
e	E	「肺癌の疑い」 「肺癌の疑いを否定し得えない」 「肺癌を強く疑う」 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（腫瘍形，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（区域・葉・全葉性の肺炎，無気肺，肺気腫など），その他肺癌を疑う所見		肺癌に対する精査

（「肺癌取扱規約第7版」から 日本肺癌学会より許可を得て転載）

[1 2] 集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分（2016 改定）

日本肺癌学会 肺癌細胞診判定基準改訂委員会

判定区分	細胞所見	指導区分
A	喀痰中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 軽度異型扁平上皮化細胞 絨毛円柱上皮細胞	現在異常を認めない 次回定期検査
C	中等度異型扁平上皮細胞，核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞	再塗抹または6ヶ月以内の再検査*
D	高度（境界）異型扁平上皮細胞，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	

*2016 改定箇所

[1 3] 肺がん検診における胸部X線検査の判定基準（補則）

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，アーチファクト等で読影不能のもの。

B：「異常所見を認めない」

正常歪型（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。

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，線維性変化，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定できる陰影。

D：「異常所見を認め，肺癌以外の疾患で精査や治療を精査や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。肺がん検診としての「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）。

D 1 「活動性肺結核」治療を要する結核を疑う。

D 2 「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。

D 3 「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。

D 4 「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：「肺癌の疑い」

E 1 「肺癌の疑いを否定し得ない」

E 2 「肺癌を強く疑う」

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（腫瘍影，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（区域・葉・全葉性の肺炎・無気肺・肺気腫など），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）。「E 2」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。

（「肺がん検診のための胸部X線読影テキスト」から 日本肺癌学会より許可を得て転載）

[1 4] 胸部 X 線写真および C T 所見の記載

(『肺癌取扱規約』の一部改定案より)

1. 原発巣の分類と記載(肺野型孤立性病変の所見)

- ・境界鮮明
- ・境界不鮮明
- ・凹凸
- ・棘状
- ・腫瘤内部均等
- ・腫瘤内部不均等
- ・空洞
- ・胸膜陥入像
- ・周囲構造の集束像(吸収域)
- ・周囲構造の圧迫像
- ・気管支の透亮像
- ・癌性リンパ管症
- ・すりガラス濃度
- ・軟部組織濃度

2. 付随所見

- ・肺外浸潤＋胸水
- ・胸水型
- ・原発巣＋胸膜浸潤
- ・原発巣＋縦隔浸潤
- ・リンパ節腫大(肺、縦隔、対側肺)
- ・胸郭内転移

3. 精査後の基準

a) 径 5 mm 未満：定期検診へ

b) 5 ～ 10 mm：高分解能 C T へ

結節全体が限局性のすりガラス濃度域(pure GGO)であれば 3 ヶ月後に高分解能 C T の再検。不変ならばさらに 3 ヶ月毎に 1 年間再検、1 年間不変なら以後は定期検診に戻る。

c) 10 mm 以上：通常 of 精密検査

4. 要精検率

- ・胸部 C T による要精検率は一般に全体の 5 ～ 10% である。
- ・要精検の男女比は認められない。
- ・70 歳以上の要精検率は 10 ～ 15% である。
- ・経年検診では比較読影により 2 ～ 4% と低下する。
- ・要精検例の 90% は肺癌ではないとの結果がでている。

[1 5] 肺野型孤立性病変に関する C T 所見用語

1. 孤立性病変の大きさ

- ・結節 (nodul) : 最大径で 30 mm以下の孤立性病変
- ・腫瘤 (mass) : 最大径で 30 mmを越える孤立性病変

2. 孤立性病変の辺縁の性状

- 1) 辺縁鮮明 (well-definde)、辺縁不鮮明 (ill-defined)
- 2) 辺縁平滑 (smooth) 、辺縁不整 (irregular)
- 3) 棘状突起、スピキュラ (spicula)
- 4) 分葉 (lobulation)、ノッチ (notch)

3. 孤立陰影の濃度・内部構造

- 1) すりガラス濃度 (ground-glass opacity(attenuation))
- 2) 均一な濃度 (homogeneous opacity)、不均一な濃度 (inhomogeneous opacity)
- 3) 気管支透亮像 (air bronchogram)
- 4) 空洞 (cavity)
- 5) 石灰化像 (calcification)

4. 周囲の既存構造関係

- 1) 肺血管・気管支の集束像 (vascular convergence)
- 2) 肺血管・気管支の圧排像 (vascular compression)
- 3) 胸膜陥入像 (plerral indentation)
- 4) 胸膜陥凹像 (plerral concave)
- 5) 胸膜肥厚像 (plerral thickening)

5. その他

- 1) 気管支血管周囲間質肥厚 (peribronchovascular interstitial thickening)
- 2) 小葉間隔壁肥厚 (interlobular septal thickening)
- 3) 荷重部高吸収域 (dependent opacity (atenuation))
- 4) 胸膜下線状影 (subpleural lines)
- 5) 娘病巣、衛星病変 (satellite lesion)

◎ 乳 がん 検 診

1. 検診実施の流れを図で示してあります。帳票の流れは丸の番号で書いてあります。昨年度と同様にマンモグラフィは検診の範囲で行います。
2. マンモグラフィについて
 - 1) 受診者全員にマンモグラフィを実施してください。なお、授乳期、ペースメーカー、豊胸手術等のやむを得ない理由で視触診単独検診となる受診者には同意書に署名して貰ってください。
 - 2) メディカルセンターでマンモグラフィ撮影の場合は、乳がん検診票を4枚とも付けてメ・セにご提出ください。メ・セへのマンモグラフィ撮影の予約は検診医療機関でお願いします。なおマンモグラフィの検査料は3,080円、読影料は3,060円です。
 - 3) マンモグラフィ装置を有する医療機関は撮影を各施設で行ってください。
 - 4) マンモグラフィは二重読影を義務づけています。
一次読影は検診医療機関で行ってください(メ・セで撮影の場合は一度フィルムを返却いたします)。読影所見は、乳がん検診票のX線所見欄()内にカテゴリー分類で記載してください。また一次読影の結果、カテゴリー3以上の場合は、一次読影記入用紙(巻末参照)に読影結果を記載して、読影所見の記載された乳がん検診票(4枚とも)とマンモグラフィと一緒に医師会に提出してください。医師会の乳がん検診読影委員会での読影を二次読影とします。
 - 5) メディアによる画像提出も可能です。その場合、以下の点にご注意ください。
 - ①マンモグラフィ読影専用ソフトがインストールされた5M2面以上のモニター診断装置を所有し、自施設でモニター診断可能な医療機関に限ります。
 - ②メディアは、CD-R、CD-RW、DVD-R、DVD-RW、USBフラッシュメモリーのいずれかでお願いいたします。
 - ③画像は必ずDICOM形式で書き込み、できましたらMGストレージ画像を提出してください。
 - ④初めてご提出される時は、必ず事前にサンプルメディアを医師会読影室にご提出願います。読影室にてモニター表示(読影)可能であることの確認を行います。
 - ⑤比較読影用の前年度写真をデジタル画像でお持ちの場合は、そちらも一緒に同一メディアに書き込みご提出ください。
3. 要精検に関して
他の医療機関に精密検査・治療などを依頼する場合は、乳がん検診票のコピー、マンモグラフィの画像、乳がん検診精密結果連絡票、診療情報提供書を付けて紹介してください。
4. 精密検査の結果に関して
乳がん検診精密結果連絡票の医師会控用と保健センター保管用を医師会の集配にて、提出してください。
5. 精密検査不要に関して
乳がん検診票の2枚目(医師会請求用)と3枚目(保健センター保管用)を別綴じして、それぞれに計算票を添付してご提出してください。

個人負担金：触診のみ 300円、触診とMMGが 1,000円です。

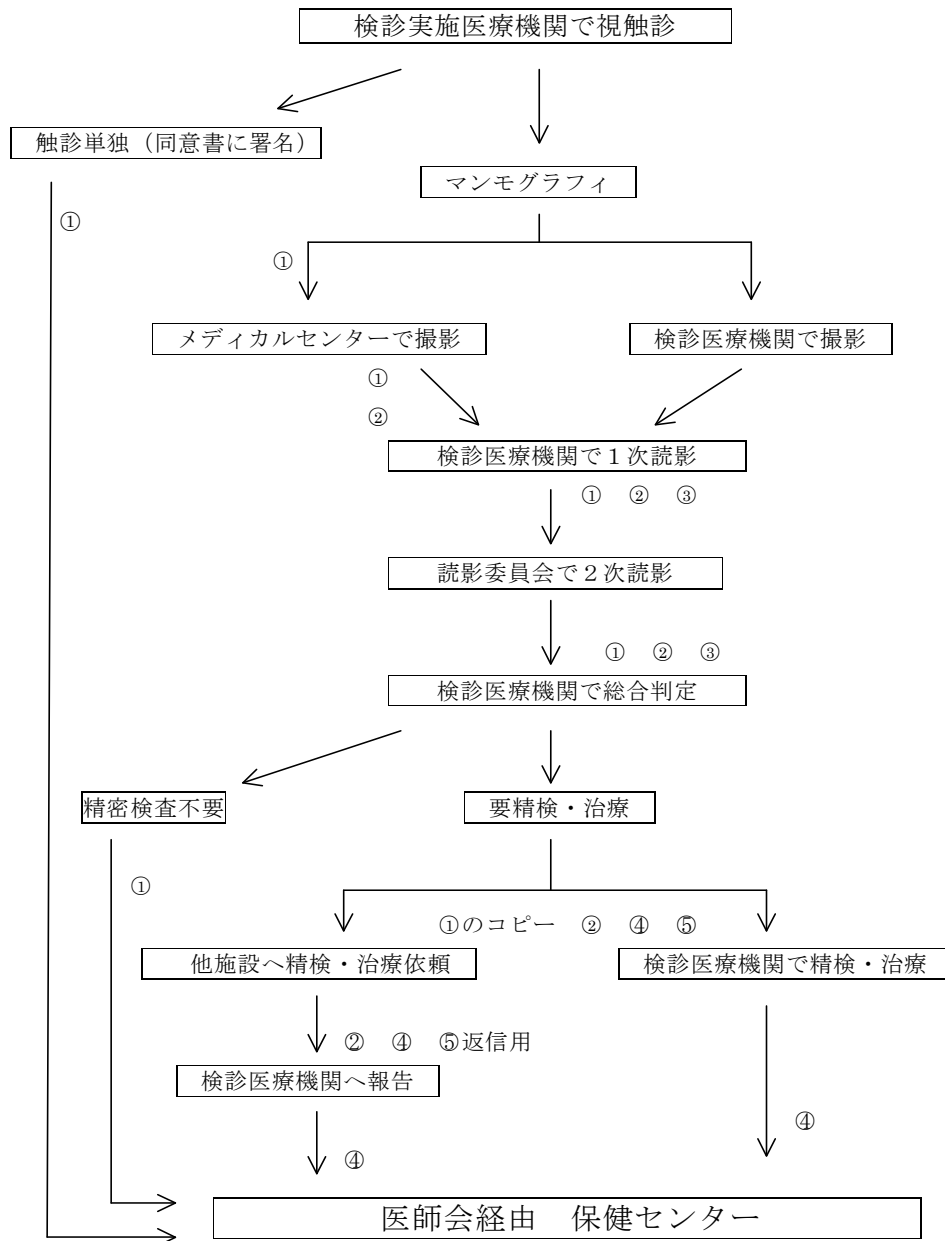
委 託 料：触診のみ 3,201円、触診とMMGが 12,749円です。

－ 注 意 事 項 －

- ◎対象は、2027年3月31日の時点で40歳以上の女性で前年度に検診を受けていない方。
- ◎触診診断の未記入、総合指示事項の未記載が多いので、必ずご記入ください。
- ◎ペースメーカー、シャントチューブ、ポート等の胸に器具を挿入中の場合、また豊胸術後、授乳中の方はマンモグラフィの撮影は原則的にできません。

注. 2. 1), 3)は浦和、与野医師会員のみ対応

乳がん検診フローチャート



<p>※浦和医師会メディカルセンターにてマンモグラフィ撮影の場合は、検診実施医療機関が予約をしてください。 (TEL: 824-3702 放射線科直通)</p> <p>※検診票には、「総合診断・指示事項」および医師サインをすべて記入してください。</p>	<p>① 乳がん検診票</p> <p>② マンモグラフィの画像</p> <p>③ 一次読影票 (C3以上)</p> <p>④ 乳がん検診精密検査連絡票</p> <p>⑤ 診療情報提供書</p>
---	--

マンモグラム読影におけるカテゴリー分類

(マンモグラフィガイドラインより)

- ・判定は左右の別ごとに行う。
- ・マンモグラムは悪性の可能性を考慮して以下のカテゴリーに分類する。
- ・カテゴリー3以上を要精査とする。

a. 読影不能

カテゴリーN

- N-1 : 体動、撮影条件不良やポジショニング不良などにより、再検する必要があるもの→要再撮影。
- N-2 : 乳房や胸郭の形状などによりマンモグラフィを再検しても有効でないと予想されるもの→判定は触診判定による。

b. 読影可能

カテゴリー1 (C1) 異常なし (negative)

- ・異常所見はない。乳房は左右対称で、腫瘍、構築の乱れも悪性を疑わせる石灰化も存在しない。血管壁の石灰化、正常大の腋窩リンパ節はこのカテゴリーに入る。高濃度乳房も他に異常所見がなければ、これに含まれる。

カテゴリー2 (C2) 良性 (benign)

- ・明らかに良性と診断できる所見がある。
- ・退縮、石灰化した線維腺腫、乳管拡張症による多発石灰化, オイルシスト (oil Cyst)、脂肪腫、乳瘤のような脂肪含有性病変や過誤腫のような混合性濃度の病変、乳房内リンパ節、豊胸術などがこれに含まれる。

カテゴリー3 (C3) 良性、しかし悪性を否定できず

(benign, but malignancy can't be ruled out)

- ・良性の可能性が非常に高いが、悪性も否定できない。圧迫スポット・拡大撮影や超音波検査などの追加検査が必要である。
- ・ほとんど境界明瞭かつ平滑な病変(嚢胞、線維腺腫など)や、ごく淡い良悪性の判定困難な微細石灰化などが含まれる。

カテゴリー4 (C4) 悪性の疑い (suspicious abnormality)

- ・乳癌に典型的な形態ではないが悪性の可能性が高い病変で、細胞診や生検も含めた精査が必要である。

カテゴリー5 (C5) 悪性 (highly suggestive of malignancy)

- ・ほぼ乳癌と考えられる病変。
- ・スピキュラを有する高濃度腫瘍や区域性分布を示す微細線状・微細分枝状石灰化などが含まれる。

検診マンモグラムの読み方

浦和医師会乳がん検診読影委員会：平成 17 年 3 月作成

1. 読影の基本

- a. 全体像を眺める：左右の対称性を観察。：第一印象を大切にする。
- b. 局所を見る
- c. 拡大鏡を使う
- d. マスキングを利用する
- e. X(Milky way),U,L 領域をよく見る

2. 読影の実際

- a. 正常のバリエーションの理解：できるだけ多くの正常例を見る
- b. マンモグラム所見用語の理解：マンモグラフィガイドラインの参照
- c. カテゴリー分類の理解：マンモグラフィガイドラインの参照

3. 異常影の読影（C：カテゴリー）

- a. 異常影を見つけたら：まず、腫瘤か腫瘤でないかの鑑別をする。

* **density** の高い場所を探す。

- 1) 腫瘤でないと判断したとき：FAD か ABT

FAD：Focal asymmetric density（局所的非対称性陰影）**C1** か **C3**

C1：孤立した正常乳腺

C3：良性と判断できず精査の場合

ABT：Asymmetric breast tissue（非対称性乳房組織）**C1** か **C3**

C1：乳腺の normal variation

C3：良性と判断できず精査の場合

- 2) 腫瘤と判断した時：原則 **C3**：境界明瞭平滑な場合

・微細分葉状、微細鋸歯状、境界不明瞭は **C4** にアップ

・スピキュラを伴う場合：**C5**（中心濃度低いものは **C4**）

・石灰化を伴う線維腺腫、脂肪を含む過誤腫、オイルシスト、リンパ節は **C2** に落とす

*小さい腫瘤は density 低い

- b. 良悪性の鑑別が必要な石灰化：形態と分布で診断する

- 1) 形態

イ. 微小円形石灰化(small round calc.)

ロ. 淡く不明瞭な石灰化(amorphous or indistinct calc.)

ハ. 多形性あるいは不均一な石灰化

(pleomorphic or heterogeneous calc)

ニ. 微細線状、微細分枝状石灰化 (fine,linear,branching calc.)

・イ、ロは分泌型で 1 mm 以下で丸みがある。良性の場合が多い

・ハ、ニは壊死型で comedo-type の乳頭腺管癌に多く見られる。2-3mm でトゲがある。

・ハは悪性の場合が多く、ニは悪性で **C5**

2) 分布

- ・びまん性、領域性：良性、**C2**
- ・集簇性：**C3** 以上
- ・線状、区域性：**C4, C5**

c. 構築の乱れ:architectural distortion:原則 **C4**

- 1) ある一点に向かって放射状に集まるスピキュラ：spiculation
- 2) 乳腺実質の局所的引き込み：retraction
- 3) 乳腺実質の歪み：distortion

* 中心に high density 腫瘍があれば **C5**

* 構築の乱れを示す病変は mm 単位の小さなものではなく、多くは比較的大きな病変

4. 読影の学習

参考文献のマンモグラフィ典型症例画像データベース (CD-ROM 版) が安く
て有用です。PC 上で読影の訓練ができます。

参考文献

1. マンモグラフィガイドライン第4版 医学書院 4,000 円+税
2. マンモグラフィによる検診の手引—精度管理マニュアル第8版増補
日本医事新報社 4,500 円+税

◎ 一次読影結果の記入方法

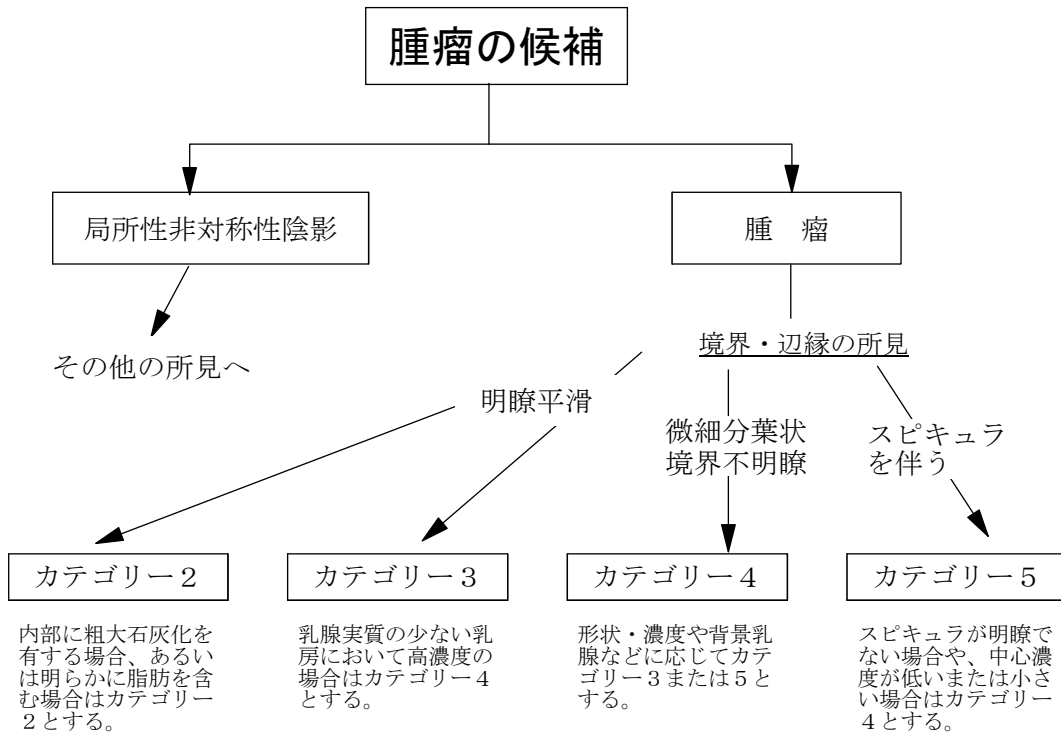
マンモグラフィ所見	右	左					右	左					右	左				
											+	-	腫瘍陰影	+	-			
											+	-	局所的非対称性陰影	+	-			
											+	-	微細石灰化	+	-			
										+	-	構築の乱れ	+	-				
カテゴリー分類	右	N	1	2	3	4	5	()	左	N	1	2	3	4	5	()		
撮影年月日	月					日					撮影医療機関名							

一次読影の先生は()に分類を記入してください

注！ カテゴリー3以上につきましては、別途配布の一次読影記入用紙に記入いただき、検診票をフィルムと共に医師会にご返却ください。

腫瘍の診断フローチャート

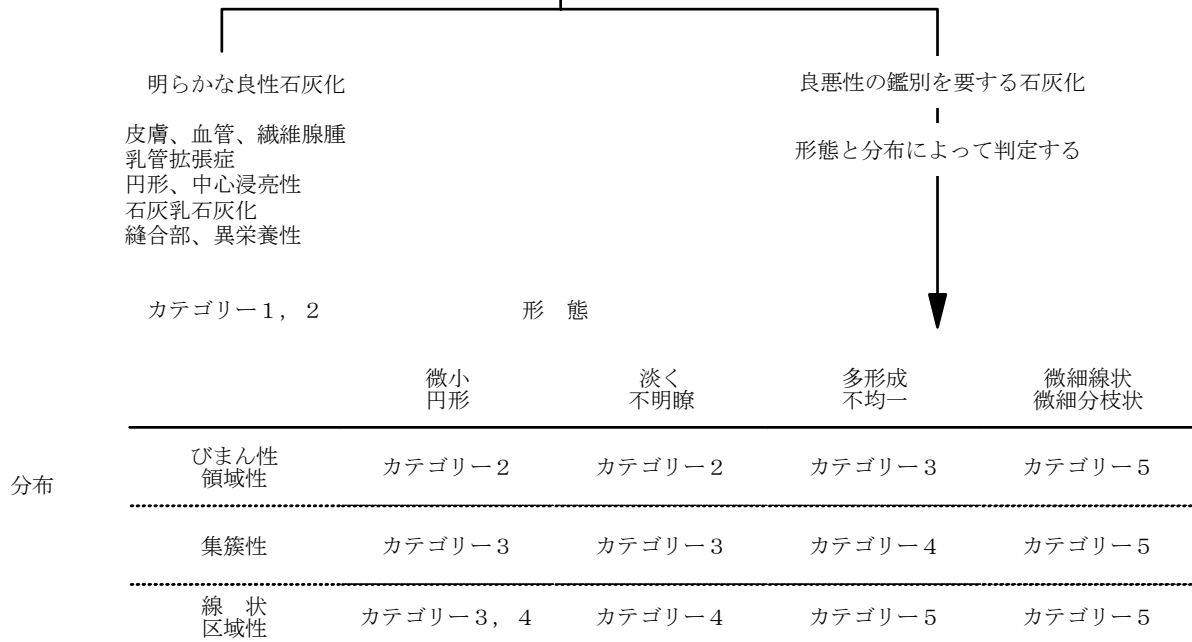
マンモグラフィガイドラインより



石灰化の診断のフローチャート

マンモグラフィガイドラインより

石灰化



さいたま市 乳がん検診一次読影記入用紙

(カテゴリー3以上のみ記入)

整理番号		住所	
フリガナ		さいたま市	区
氏名			
生年月日	明・大・昭	年	月 日 (才)

【参考】カテゴリー分類

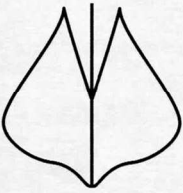
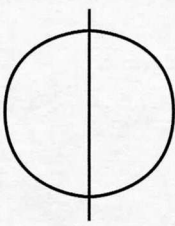
N. 読影不能

N-1: 体動、撮影条件不良、ポジショニング不良など→要再撮影。

N-2: 乳房や胸郭の形状などにより再検しても有効でないと予想されるもの
→判定は他の検査法による。

1. 異常なし: 異常所見なし。血管壁の石灰化、正常大の腋窩リンパ節。
2. 良 性: 明らかに良性と診断できる所見。退縮、石灰化した線維腺腫、乳管拡張症による多発石灰化、オイルシスト (oil cyst)、脂肪腫、乳瘤のような脂肪含有病変、過誤腫のような混合性濃度の病変、乳房内リンパ節、豊胸術など。
3. 良性、しかし悪性を否定できず、要精査: ほとんど境界明瞭かつ平滑な病変 (嚢胞、線維腺腫など)、ごく淡い良悪性の判定困難な微細石灰化など。超音波検査などの追加検査が必要。
4. 悪性の疑い: 乳がん典型的な形態ではないが悪性の可能性が高い病変。高濃度で微細分葉状腫瘤・境界不明瞭な腫瘤、集簇性多形性な石灰化、構築の乱れなど。細胞診や生検も含めた精査が必要。
5. 悪 性: ほぼ乳がんと考えられる病変。スピキュラを有する高濃度腫瘤や微細線状・細分枝状石灰化など。特に区域性・線状分布の石灰化は注意。

一 次 読 影 所 見 記 入 欄

マンモグラフィ所見	右	左	右	左	右	左								
					+	-								
					+	-								
					+	-								
カテゴリー分類	右	N	1	2	3	4	5 ()	左	N	1	2	3	4	5 ()
撮影年月日	月			日			撮影医療機関名							

★所見部位を詳しく図に記入してください(位置・形状など)。

本書式は浦和、与野医師会員のみ対応

◎ 特定健康診査等

特定健診の受託は一般的に各保険者との契約により成り立ちます。さいたま市4医師会では、さいたま市国民健康保険と「特定健診・特定保健指導」の受託契約を行っております（国保組合は対象外）。また75才以上の市民については埼玉県後期高齢者医療広域連合が実施する健診（特定健診と同じ内容で保健指導無し）を受託しております。そのほか多くの健保組合（国保組合・健保組合・協会健保など）は埼玉県医師会と集合契約を結んでいますが、その健保の被扶養者であれば郡市医師会の会員医療機関で特定健診を実施することができます。

本章では「さいたま市国保」が実施する「特定健診（のびのび健診）・特定保健指導」について説明いたします。

本健診は、メタボリックシンドローム対策を目的としており、特定保健指導の対象となるものを選別するために実施されます。保険者は健診および保健指導の成果を厚生労働省に報告する義務があり、健診受託者は健診結果を電子化して保険者に報告する義務があります。浦和医師会では健診結果の判定・電子化・請求・支払い業務を全て実施しておりますので、これらの作業を円滑に行うため、以下の項目について十分にご注意いただきますようご協力をお願いいたします。

1) 特定健診は受診券がないと受診できません。受診券は事前に対象者に郵送されますが、万一紛失した場合は各区役所の保険年金課で再発行に対応します。受診券には8枚のバーコードが貼付されております。①依頼書、②生化学採血管、③血糖採血管、④血算採血管（必要に応じて）、⑤尿スピッツ（メディカルセンター依頼のみ）に貼付してください。メディカルセンターでは、このバーコードから個人情報特定いたします。

2) 特定健康診査健診票（依頼書）の項目は、必ず全てチェックしてください。また、問診や診察は検査前に必ず行ってください（必要事項の未記入は報告書出力および電子請求ができなくなります）。

3) 問診は必ず医療機関で実施してください（問診も診察料に含まれています）。

1. 対象

1) 特定健診（のびのび健診）

さいたま市国保の本人・家族で、2027年3月末現在で40から74歳までの者、および年度内に75歳を迎え誕生日前日までに受診する者（バーコード付き受診券あり）。★余ったバーコードは受診者に返却せずに医療機関で廃棄してください

2) 後期高齢者健診

健診票が独立書式「35」となっております。特定健診依頼書「36」は使用できません。75才（誕生日以降）以上のもの。および心身障害者で65～74歳で後期高齢者医療保険加入の者（バーコード付き受診券有）。

★余ったバーコードは受診者に返却せずに医療機関で廃棄してください

3) さいたま市国保健診

さいたま市国保の本人・家族で、2027年3月末現在で35から39歳までの男性。

★バーコードはありません。

4) 健康増進健診

さいたま市在住の生活保護受給者と中国残留邦人等で、2027年3月末現在で40歳以上の者。

2. 実施手順

51～53 ページの図表参照。

3. 健診内容

1) 基本的（必須）な項目

問診、診察、尿定性（蛋白・糖）、生化学検査（AST、ALT、 γ -GTP、TG、HDL-c、LDL-c、尿酸、クレアチニン、血糖、HbA1c）

* 特定健診、健康増進健診においては貧血検査（血算）、心電図は必須。

* 後期高齢者健診はアルブミン（ALB）が必須項目

2) 詳細な健診ならびにその扱い（下表参照）

項目	特定健診 ・健康増進健診	国保健健診	後期高齢者健診
貧血検査	必須	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	
心電図検査	必須	当該年度の健康診査の結果において、収縮期血圧が140mmHg以上の者 又は拡張期血圧が90mmHg以上の者 又は問診等において不整脈が疑われる者	
眼底検査	当該年度の健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 血圧：収縮期血圧が140mmHg以上、又は拡張期血圧が90mmHg以上 血糖：空腹時血糖：126mg/dL以上、HbA1c：6.5%（NGSP値）以上 ただし、当該年度の健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合において、前年度の各種健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。その場合は、詳細な検診の判断理由欄に前年度の結果数値を記載する。		実施できない

注1 特定・健康増進・国保 健診 における詳細な健診の実施条件の経過措置は今年度はございません。
非該当者への実施につきましては委託料の支払いはございません

注2 詳細な健診は全例実施ではありません。基準に該当した者全員に実施するのではなく、受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が適切に判断してください。

4. 報告書

メディカルセンターより3枚複写の健康診査受診結果通知書（一枚目：医療機関控、二枚目：提出用、三枚目：受診者用）が返却されます。

・健診結果は以下のとおりとなります（メディカルセンターにて自動判定）。

- 1) メタボリックシンドローム判定：学会基準に基づく
- 2) 保健指導基準：厚生労働省の階層化基準に基づく
- 3) 最終判定：①診察・打聴診結果、②問診結果、③検査結果の優先順位にて自動判定を行います。

★本健診の請求は全て医師会が行いますが、健康診査受診結果通知書の2枚目（提出用）は月末締めで医師会にご提出ください。

5. 特定保健指導

- 1) 情報提供：全ての健診受診者に生活習慣病に関わる説明を行う（パンフレット有）
- 2) 動機付け支援（初回面接）：メディカルセンターで自動判定をした保健指導基準の対象者に動機付け支援帳票を発行します。健診結果の説明時に初回面接として20分程度の保健指導を実施し、帳票の2ページ目を医師会にご返送ください（パンフレット有り）。なお、初回面接日の時点で75歳になっている者は動機付け支援は実施できません。動機付け支援を実施しない場合

は帳票の中上段の「1. 特定保健指導を実施せず」の「1.」を○で囲み、さらにその理由を記入した後、2ページ目以降を全て医師会にご返送ください。

- 3) 動機付け支援（3ヶ月後評価）：必ず初回面接の実施日の3ヶ月後以降に行い、帳票3ページ目を医師会にご返送ください。なお、何らかの理由で3ヶ月後評価が行えず途中で中止となった場合も「3. 3ヵ月後評価実施せず」欄の①～④のいずれかに必要事項を記載してご返送ください。
- 4) 積極的支援：保健センターにて実施。対象者には勸奨書を発行します。対象者には、二週間以内に居住区の保健センターに連絡するようにご指導をお願いいたします。なお、医療を優先する場合は、勸奨書上段の「医師使用欄」にチェックして医師会にご返送ください。

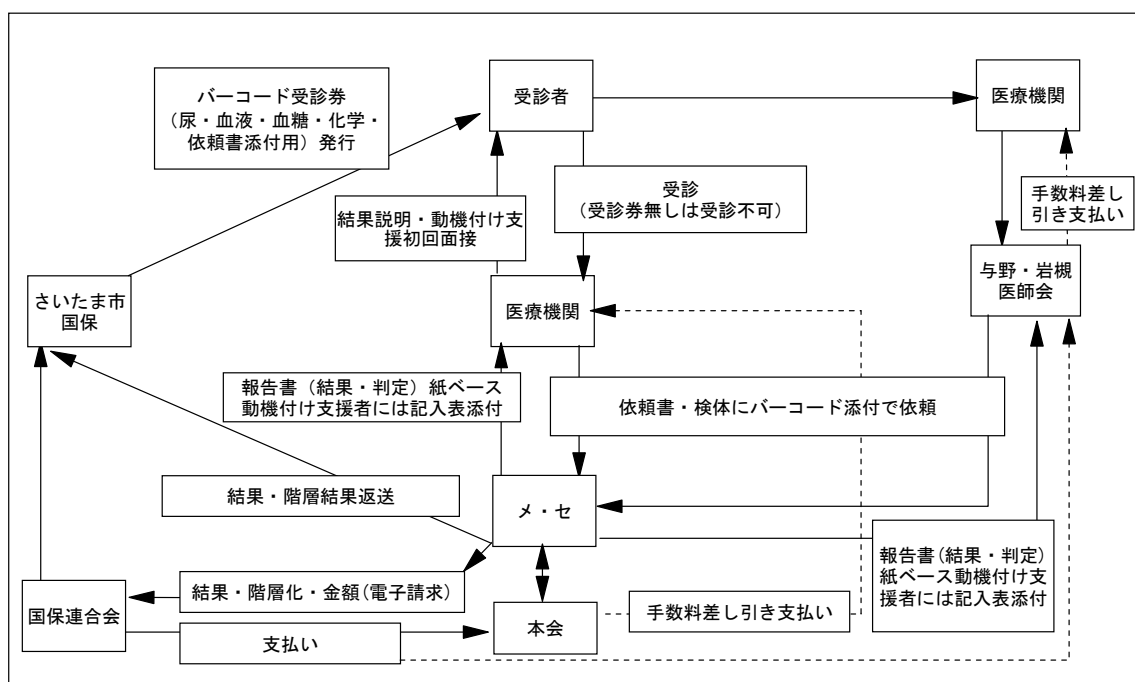
6. 電子請求（特定健診、国保・後期高齢者ドック、後期高齢者健診）

医師会が会員の医療機関に代わり電子請求を行います。円滑な請求業務を行うため、受診者の資格確認（受診券・保険証の確認・バーコード添付）、依頼書の適正記入（必要事項全て）にご協力ください。

7. 請求の注意点

依頼情報および検査内容に不備があると請求ができません（返戻となります）。その場合、原則として再請求は行いませんのでご注意ください。

◆特定健診フローチャート



◆バーコードの説明

	<ol style="list-style-type: none"> 1 国保 40～64歳 2 国保 65～74歳 4 後期 75歳から（一定の障害があると認定を受けた65～74歳） 6 年度内に75歳（はざま年齢者*） <p>*国保から後期高齢への切り替えは75歳の誕生日当日から</p>
--	--

★バーコード（受診券番号）は毎年新しい番号となります。昨年のもは使えません。また、バーコード番号の末尾が健診区分となっております。

さいたま市 国保・後期高齢者健診 特定健診の流れ－I

依頼書	共通			
年齢	35－39（男性のみ）	40－64	65－74	75－
保険者	さいたま市国保			後期高齢者広域連合
健診種目	国保健診	特定健診		後期高齢者健診
バーコード	無	有	有	有
詳細な健診	有	有	有	有（眼底は無）
保健指導	無	有	有	無
特定健診請求	紙	電子	電子	電子

項目	特定健診基本項目			
確認事項	保険証	保険証・受診券確認（両方確認して健診実施）		
バーコード貼付	なし（手書き）	依頼書・生化学・血糖・血算	依頼書・生化学・血糖・血算	依頼書・生化学・血糖
依頼書作成	★問診・診察は必ず医療機関にて採血前に実施してください			
作成注意	★問診・身体計測・診察は検査前に実施 * 打聴診・診察結果に所見がある場合は依頼書にチェックをする。			
採血等	採血（生化学・血糖）・尿測定 （詳細な健診の実施時は血算）	採血（生化学・血糖・血算），尿測定		採血（生化学・血糖）・尿測定 （詳細な健診の実施時は血算）
詳細な健診	心電図、貧血、眼底検査	眼底検査		心電図・貧血検査（血算） （眼底検査は無し）
集配	医師会へ依頼書・検体提出			
メ・セ	検体検査を一括実施			

さいたま市 国保・後期高齢者健診 特定健診の流れ－Ⅱ

年齢	35－39（男性のみ）	40－64	65－74	75－
保険者	さいたま市国保			後期高齢者広域連合
提出時の注意	<p>★健診票作成 自動判定(階層化・メタボ判定・最終判定) * 問診(依頼書)等での異常者を除外し、検査結果から自動判定を行う * 医師会提出(依頼)後の変更(結果返却後の判定変更)は原則として不可とする **動機付け支援者には専用帳票(管理室作成・医師会宛名印刷)を出力、積極的支援には保健指導勸奨書(前記同様)を出力する 保健指導対象者(自動判定)で他疾患等における要医療者については、上記保健指導帳票(勸奨書)に要医療と記して医師会へ返却する。この場合、特定健診報告書の最終判定欄は手書き修正をする。</p>			
報告書	3枚複写報告書(医療機関・提出・受診者用)			
受診者説明	受診者へ説明(健診終了)	保健指導非該当者は説明後健診終了		受診者へ説明(健診終了)
保健指導①	なし	動機付け支援初回面接実施(対象者に実施報告書用紙出力) * 積極的支援は対象者に勸奨書を出力		なし
請求①	紙ベース(国保へ)	電子化データの連合会報告(医師会)：動機付け支援初回報告は80%額 施設別請求一覧作成(医師会)		
入金①	国保より入金(各医師会)	連合会より入金(各医師会)		
支払い①	医療機関へ支払い(各医師会)			
保健指導②	なし	動機付け支援3ヶ月後評価実施		なし
請求②	なし	動機付け支援最終報告(20%額)電子データの連合会報告(請求兼)		なし
入金②	なし	連合会より入金(各医師会)		なし
支払い②	なし	医療機関に支払い(各医師会)		なし

さいたま市【特定・国保・国保ドック・健康増進】健康診査検診票（提出用）

さいたま市【特定・国保・国保ドック・健康増進】健康診査健診票（医療機関控）

36 区

特定健診 国保健診 国保ドック 健康増進 保険証確認

・のびのび健診（特定健診）
・国保人間ドック
バーコードラベル
貼付位置

健診日	20 年 8 月 8 日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
受診券番号	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8		
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	8 8 年 8 8 月 8 8 日	
電話番号	8 8 8 - 8 8 8 8 - 8 8 8 8		
住所(カナ)	サイタマシ	数字部分	8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8
カナ氏名	姓	名	
氏名	姓	名	

下記欄に国保健康診査については国民健康保険被保険者記号・番号、健康増進健康診査については整理番号を記入してください。

※あてはまるもののみ、 を記入して下さい。

- 現在の体調についておたずねします。具合の悪いところがありますか。 あり
- 右のうち、現在服用している薬はありますか。
 - ① 血圧を下げる薬 はい
 - ② 血糖を下げる薬又はインスリン注射 はい
 - ③ コレステロールや中性脂肪を下げる薬 はい
- 次のうち、現在、あるいは過去に治療を受けている病気はありますか。
 - ① 脳卒中（脳出血・脳梗塞等） あり
 - ② 心臓病（狭心症・心筋梗塞等） あり
 - ③ 慢性腎臓病や腎不全（人工透析） あり
 - ④ 貧血 あり
- 生活習慣
 - ① 20歳の時から体重が10kg以上増加していますか。 はい
 - ② 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2回以上、1年以上実施していますか。 はい
 - ③ 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
 - ④ 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
 - ⑤ 食事をするときかみにくいことはありますか。 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 ほとんどかめない
 - ⑥ 人と比較して、食べる速度が速いですか（普通の場合は、記入不要です）。 速い 遅い
 - ⑦ 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週3回以上ありますか。 はい
 - ⑧ 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。 毎日する 時々
 - ⑨ 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。 はい

5. 現在、たばこを習慣的に（「生涯で6か月間以上、又は合計100本以上吸っていて、さらに最近1か月）吸っていますか。 はい 以前は吸っていたが、最近1か月は吸っていない

6. お酒（日本酒・焼酎・ビール・洋酒等）は飲みますか。
 （※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があったが、最近1年以上酒類を摂取していない場合）
 毎日 週5～6日 週3～4日 週1～2日 月に1～3日 月に1日未満 やめた

上記で飲むと答えた方は、飲酒日の飲酒量はどの程度ですか。 ※日本酒1合(180ml)の目安：ビール500ml・焼酎25度(110ml)・ウイスキーダブル1杯(60ml)・ワイン2杯(240ml)・缶チューハイ5度(500ml)、7度(350ml)
 1合未満 1～2合未満 2～3合未満 3～5合未満 5合以上

- 睡眠で休養が十分とれていますか。 はい
- 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。 はい (6か月以内に改善予定) はい (1か月以内に改善予定) すでに改善 (改善して6か月未満) すでに改善 (改善して6か月以上経過)
- 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。 はい

身長	8 8 8 8 cm	体重	8 8 8 8 kg	腹囲	8 8 8 8 cm	血圧	最高 8 8 8 / 最低 8 8 8 mmHg
尿蛋白	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1-/+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	尿糖	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	尿検査依頼 <input type="checkbox"/>			
打診	<input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし	診察	<input type="checkbox"/> 生活習慣病等の治療中 <input type="checkbox"/> 生活習慣病等不要医療				
心電図	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 <input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> 所見あり	貧血	<input type="checkbox"/> 実施	眼底	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 異常あり <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 判定中		
心電図所見 記入しないでください						
健診実施医療機関				医療機関コード	8 8 8 8		

さいたま市後期高齢者健康診査・後期高齢者人間ドック健診票（提出用）

35 (区分) 後期高齢 後期ドック 保険証確認

健診日	20			年			月			日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
整理番号													
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 明治	<input checked="" type="checkbox"/> 大正	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和				年			月			日
電話番号				-						-			
郵便番号				-									
住所(カナ)	サイタマシ										数字部分		
カナ氏名	姓										名		
氏名	姓										名		

- ※ あてはまるもののみ、 を記入して下さい。
- あなたの現在の健康状態はいかがですか（ふつうの場合は回答不要です）。
 よい まあよい あまりよくない よくない
 - 毎日の生活に不満がありますか（満足している場合は回答不要です）。
 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
 - 半年前に比べて固いもの（*）が食べにくくなりましたか。
 *さきいか、たくあんなど
 はい
 - お茶や汁物等でむせることがありますか。
 はい
 - 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。
 はい
 - 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
 - この1年間に転んだことがありますか。
 はい
 - 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
 - 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されていますか。
 はい
 - 今日が何月何日かわからない時がありますか。
 はい
 - あなたはたばこを吸ったことがありますか（吸ったことがない場合は回答不要です）。
 今、吸っている 以前吸っていたが、やめた
 - 週に1回以上は外出していますか。
 はい
 - ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。
 はい
 - 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。
 はい

身長				cm	体重				kg	腹囲				cm	血圧	最高				/	最低			mmHg
尿蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> -	<input checked="" type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+	尿糖	<input checked="" type="checkbox"/> -	<input checked="" type="checkbox"/> ±	<input type="checkbox"/> 1+	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+	<input type="checkbox"/> 尿検査依頼												
打聴診	<input checked="" type="checkbox"/> 異常あり	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし	診察	<input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病等の治療中	<input checked="" type="checkbox"/> 生活習慣病等で要医療																			
心電図	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施	<input checked="" type="checkbox"/> 正常範囲	<input type="checkbox"/> 所見あり	貧血	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	眼底	<input checked="" type="checkbox"/> 実施	<input checked="" type="checkbox"/> 異常あり	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 判定中													
心電図所見	<input checked="" type="checkbox"/> 記入しないでください																							
健診実施医療機関											医療機関コード													

医療機関名	生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名	年 齢	歳	報 告 日	年 月 日
電話番号	性 別	男 ・ 女	整理番号	
既往歴	<input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> なし			
服薬歴	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> なし		喫煙歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去に喫煙歴あり <input type="checkbox"/> 喫煙中
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
他覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			

項目	項目	特定健康診査等基準値	単位	今年度	前年度	前々年度
				年 月 日	年 月 日	年 月 日
基本的な健診項目	身体計測	打聴診・診察	異常なし	-		
		身長		cm		
		体重		kg		
		腹囲	(男)85(女)90未満	cm		
	血 圧	BMI	25.0未満	-		
		収縮期血圧	130未満	mmHg		
	血中脂質検査	拡張期血圧	85未満	mmHg		
		中性脂肪	150未満	mg/dl		
		HDLコレステロール	40以上	mg/dl		
		LDLコレステロール	120未満	mg/dl		
	肝機能検査	AST(GOT)	31未満	IU/l		
		ALT(GPT)	31未満	IU/l		
		γ-GT(γ-GTP)	51未満	IU/l		
	糖尿病検査	空腹時血糖	100未満	mg/dl		
ヘモグロビンA1c		5.6未満	%			
尿糖		(-)	-			
腎機能検査	尿蛋白	(-)	-			
	クレアチニン	(男)0.60~1.00(女)0.40~0.80	mg/dl			
	尿酸	2.0 ~ 7.0	mg/dl			
	eGFR	60.0 以上	mL/分/1.73m ²			
詳細な健診項目	貧血検査	赤血球数	(男)400~540 (女)360~490	×10 ⁴ /μl		
		血色素量	(男)13.1 (女)12.1以上	g/dl		
		ヘマトクリット値	(男)38~49 (女)34~44	%		
		白血球数	33 ~ 85	×10 ² /μl		
		血小板数	14 ~ 34	×10 ⁴ /μl		
		MCV	(男)86~104(女)84~100	fl		
		MCH	(男)27~37 (女)26~36	pg		
	MCHC	(男)31~37 (女)30~36	%			
肝機能検査	アルブミン	3.9 以上	g/dl			
心電図	所見					
眼底検査	所見					

後期高齢健診・後期高齢ドックはアルブミンの結果が印字されます

メタボリックシンドローム判定

保健指導基準

心電図所見

後期高齢健診・後期高齢ドックでは印字されません

詳細な健診の判断理由

最終判定結果

- 特記事項なし
- 特定保健指導指示 (情報提供 動機付け支援 積極的支援)
- 要 治 療 (診察結果等により ** 印の検査が受診勧奨値のため)
- 医師の所見等 :

判断した医師の氏名

()

(注意)・特定健康診査基準値は「メタボリックシンドローム判定」および「保健指導基準」のためのものであり厚生労働省の定めに基づく基準です。
 ・血小板数の前年度及び前々年度結果は、小数点以下を四捨五入し印字しています。
 (保険者名称)・特定健康診査…さいたま市
 ・後期高齢者健康診査…埼玉県後期高齢者医療広域連合

◎特定保健指導（動機付け支援）

特定保健指導には①動機付け支援、②積極的支援があります。本来、保健指導の階層化および保健指導の実施の指示は保険者が行いますが、さいたま市国保の場合は、医師会で保健指導基準に基づき判定し、結果説明時に動機付け支援を実施します。なお、積極的支援は保健センターで実施します（会員医療機関では実施いたしません）。

なお、保健指導基準の自動判定が動機付け支援もしくは積極的支援の方には全て支援帳票が発行されますが、その際に自動出力される最終判定結果が「要医療」の方については、保健指導の有無は医師の裁量に委ねられます。

もし、動機付け支援に分類され、支援帳票が医師会から発行されても、保健指導が望ましくない場合は、[1. 特定保健指導実施せず]の理由欄にチェックをして2ページ以降のすべてを医師会に提出してください。

保健指導の判定は、厚生労働省の基準（腹囲・BMI・検査結果）に基づいたコンピュータによる自動判定です。しかし、診察結果・問診結果を第一に考えますので、病歴がある方、診察で異常を認める方には健診票（依頼書）の「診察・打聴診」欄の「治療中」や「異常あり」にチェックを入れてください。この場合、最終判定結果は「要医療」となります。

動機付け支援の請求も医師会が電子化にて実施します。初回分が80%、3ヶ月後評価が残り20%の支払いとなります。

★動機付け支援の初回面接は、原則として結果説明時に行ってください。また、3ヶ月後評価は初回面接実施日から3ヶ月後（3ヶ月後の初回面接日と同日以降）から4ヶ月までに実施してください。なお、健診受診時に74歳でも初回面接時に75歳に達している方は、特定保健指導は対象外となります。その際は帳票の「1. 特定保健指導は実施せず」の欄の「その他欄」に「実施せず」と記入して提出してください。

◆動機付け支援の手順

1. 対象者に特定健診結果とともに6枚綴りの帳票
「さいたま市国民健康保険特定保健指導（動機付け支援）実施報告書」を発行（医師会より）
2. 結果説明時に20分の保健指導（3ヶ月後目標値の設定）
3. 帳票上2/3を記入後2枚目を医師会に提出→80%料金を電子請求（医師会）
4. 帳票1枚目を受診者に渡す
5. 3ヶ月後評価の実施
 - 1) 受診者が来院した場合→目標達成の確認・・・帳票下1/3に記入
 - 2) 来院しない（できない）場合
 - ①電話確認
 - ②3ヶ月後評価表（別帳票）の郵送
 - ③その他確認
 - a) 結果が郵送・FAXされた場合→帳票下半分に記入
 - b) 連絡が取れない場合→残り帳票に理由を記入
6. 帳票3枚目を医師会の提出、4枚目は医院控え、5枚目は受診者へ→残り20%料金を電子請求（医師会）

◆ 2025年度(令和7年度) 動機付け支援の 初回面接・3ヶ月後評価 の 実施期限と実施報告書提出期限について

※ 初回面接・3ヶ月後評価の実施報告書の該当ページは、それぞれ実施毎に速やかにご提出ください。

- 1) 健診受診時に動機付け支援の対象者であっても初回面接実施時に75歳になっている場合は実施対象外です。
- 2) 動機付け支援自体を行えない（初回面接を実施しない）場合は、実施報告書の「1.特定保健指導を実施せず」の1.を○で囲み、理由に☑を記入し、報告書綴り全体（少なくともページ②～⑤）を提出してください。
- 3) 3ヶ月後評価を行えない場合（途中中止、脱落扱い）は、ページ③の「3.3ヶ月後評価実施せず」の3.を○で囲み、①～④のいずれかに☑と必要事項を記入し、提出してください。①～③以外の理由や状況等で中止する場合は④その他の（ ）に理由や状況等を書いてください。特に実施期限を過ぎて終了していない場合は④その他に☑と（ ）内に「実施期限超え」などと記入し、提出してください。
- 4) 実施期限内に実施していないもの、実施報告書が提出期限を過ぎて届いたものについては請求を行えないものとお考えください。提出もれがないようお願いいたします。

2025年度(令和7年度) 動機付け支援

初回面接		3ヶ月後評価	
実施期限	報告書の提出期限	実施期限	報告書の提出期限
<div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 2026年3月31日 までに実施した 初回面接 </div> <div style="text-align: center;">↓</div>		<div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 2026年3月31日 までに実施した 3ヶ月後評価 </div> <div style="text-align: center;">↓</div>	
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px;"> 提出期限 2026年4月3日 医師会到着分まで </div>		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px;"> 提出期限 2026年4月3日 医師会到着分まで </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 2026年4月1日から 4月26日までに 実施した初回面接 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 2026年4月1日から 8月26日までに 実施した3ヶ月後評価 </div>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 実施期限 2026年4月26日 まで </div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px;"> 提出期限 2026年5月30日 医師会到着分まで </div>		
※ 実施期限までに初回面接の指導を実施できない場合は、 1. 特定保健指導実施せずの理由「その他」欄に「 実施期限切れ 」と記入し、 帳票全体を医師会へ提出してください。		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 実施期限 2026年8月26日 まで </div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px;"> 提出期限 2026年9月4日 医師会到着分まで </div>

さいたま市 国民健康保険特定保健指導（動機付け支援）実施報告書

氏名		保険者名	さいたま市
整理番号		保険者番号	114009
実施医療機関名		保健指導責任者名	
保健指導機関番号		(職種)	医師
初回面接と継続的支援期間		初回面接時に75歳の方は実施できません	
初回面接実施年月日	年 月 日	支援予定期間	3か月
初回面接支援形態	個別支援	初回面接実施者	医師 その他()
		実施時間	20分

保険証確認

1. 特定保健指導実施せず(下の理由のいずれかにレ点を記入後、医師会へご返送ください。)

<input type="checkbox"/> 下記の内服をしているため	<input type="checkbox"/> 治療を優先	<input type="checkbox"/> 本人の強い拒否
<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 結果を聞きに来院せず	<input type="checkbox"/> その他()
<input type="checkbox"/> 健診前から <input type="checkbox"/> 健診後に開始		

2. 特定保健指導実施

行動目標・行動計画

設定日時	年 月 日		行動目標
	健康診査時状況	目標値	
腹 囲	cm	cm	動機付け支援を行わない (初回面接も実施しない) ときの記入欄です
体 重	kg		
収縮期血圧	mmHg	mmHg	行動計画
拡張期血圧	mmHg	mmHg	
1日の削減 目標エネルギー値 (a+b)		kcal	
a: 1日の運動による 削減目標エネルギー値		kcal	
b: 1日の食事による 削減目標エネルギー値		kcal	
あなたの3か月後の評価予定日は、			年 月 日です。

動機付け支援を行わない
(初回面接も実施しない)
ときの記入欄です

初回面接日と同日を記入し
てください

3ヶ月後の初回面接実施日と同日以降の日で予定してください。ただし、初回実施日が11/29の場合は3/1以降、11/30の場合は3/2以降としてください(2月が28日までのため)。なお、2月を挟む場合はその限りではありません。

※保険証確認を
とを
確認
して
さ
くだ
さい
。さい
たま
市
国民
健康
保険
の被
保険
者
で
ある
こ

★上記報告書（初回医師会提出用）は6枚綴りの2枚目です。1枚目を提出してくる医療機関が散見されます。ご注意願います。

さいたま市 国民健康保険特定保健指導(動機付け支援)実施報告書

※複写式のため、強めに記入してください。

氏名		保険者名	さいたま市
整理番号		保険者番号	114009
実施医療機関		保健指導責任者名	
保健指導機関番号		(職種)	医師

初回面接と継続的支援期間

初回面接実施年月日	年 月 日	支援予定期間	3か月
初回面接支援形態	個別支援	初回面接実施者	医師 その他()
		実施時間	20分

1. 特定保健指導実施せず(下の理由のいずれかにレ点を記入後、医師会へご返送ください。)

下記の内服をしているため 治療を優先 本人の強い拒否
 高血圧 糖尿病 脂質異常症 結果を聞きに来院せず その他()
 健診前から 健診後に開始

2. 特定保健指導実施

行動目標・行動計画

設定日時	年 月 日		行動目標
	健康診査時状況	目標値	
腹 囲	cm	cm	行動計画
体 重	kg	kg	
収縮期血圧	mmHg	mmHg	
拡張期血圧	mmHg	mmHg	
1日の削減目標エネルギー値 (a+b)		kcal	
a: 1日の運動による削減目標エネルギー値		kcal	
b: 1日の食事による削減目標エネルギー値		kcal	
あなたの3か月後の評価予定日は、 年 月 日です。			

初回面接の実施後、3ヶ月後評価を行わなかったときはここに記入してください

3. 3か月後評価実施せず(下の理由のいずれかにレ点を記入後、医師会へご返送ください。)

① 初回面接後に、生活習慣病に係る服薬を開始したため → (高血圧 糖尿病 脂質異常症)
 ※内服開始した方でも、3か月後評価を実施していただいた場合はお支払いします。
 ② 保険の変更(お支払いはできません。)
 ③ 連絡取れず 文書(年 月 日) 文書(年 月 日) 電話(年 月 日)
 ※文書2回+電話1回の実施で対象者と連絡が取れないことを確認。(お支払いします)
 3か月後の評価の実施年月日欄には、対象者へ最後に連絡をした年月日をご記入
 ④ その他()

3ヶ月後の初回面接実施日と同日以降の日に実施してください

4. 3か月後の評価

実施年月日(年 月 日)

腹 囲	cm	支援形態 個別 ・ 文書 ・ 電話 ・ E-mail 実施した職種 医師 ・ 保健師 ・ 管理栄養士 看護師 その他
体 重	kg	
収縮期血圧	mmHg	
拡張期血圧	mmHg	

生活習慣の改善 (栄養・食生活) 0 変化なし 1 改善 2 悪化	生活習慣の改善 (身体活動) 0 変化なし 1 改善 2 悪化	生活習慣の改善(喫煙) 1 禁煙継続(初回面接後禁煙し指導期間中まったく喫煙していない:禁煙開始者で継続中) 2 非継続(初回面接後禁煙したが中断した:禁煙開始者で中断) 3 非喫煙(初回面接前から喫煙の習慣がなく、指導期間中も喫煙していない:喫煙習慣なし者) 4 禁煙意思なし(喫煙の習慣あり、喫煙を継続している:喫煙者)
--	--	--

保険証確認

※マイナ保険証等でありさいたま市国民健康保険の被保険者であることを必ず確認してください。

保険証確認

◎特定健診および各種がん検診等の問い合わせ先

項 目	担当部署	担当者	T E L
特定健診・保健指導の電子請求について	メディカルセンター	長谷川	048-824-1629
検診の依頼書・検体容器の注文		検査部	
検診の依頼書・検体等の記入・提出について			
特定健診依頼書での未記入項目について			
国保・後期高齢人間ドックの予約	メディカルセンター	検診部	048-824-1772
眼底検査の予約			
X線撮影の予約 (胃がん・肺がん・骨粗しょう症・マンモ)	メディカルセンター	放射線科	048-824-3702
X線検査の技術的な事項		藤原・永井 安藤	
YM式容器(喀痰細胞診容器)の注文(有料)	福祉部	大谷・佐藤(佳)・吉川	048-824-6811
特定健診、がん検診等の請求書類関係	総務部 (生活習慣病対策部)	松下・中島 花坂・山中	
特定健診、がん検診等の支払い関係			
精密検査結果連絡票について			
各種検診票・パンフレット等の注文			
骨粗しょう症・がん検診等の読影に関して	読影室	鈴木 (株式会社ネヲハル)	048-824-7026
総責任者：メディカルセンター 統括部長／技師長 神山 清志			048-824-3701

本手引きは、以下よりダウンロードが可能です。



<https://urawa-ma.com/tokutei/>

骨粗しょう症検診について

令和8年度より骨粗しょう症検診のラベルは廃止となりました。
骨粗しょう症検診問診票がラベルの代わりとなりますので、記入もれの無いようお願いいたします。

測定提出時は、下記を専用の袋に入れてご提出ください。

1. 画像(メディア)
2. 名簿
3. 骨粗しょう症検診問診票(3枚複写のまま)
 - ア. 医療機関控
 - イ. 市保管用
 - ウ. 本人控

結果返却時は、問診票のア.イ.ウにそれぞれ結果報告書をホッチキス止めし、専用の袋に入れて返却いたします。

1. 画像(メディア)
2. 名簿
3. 骨粗しょう症検診問診票(3枚複写のまま)
 - ア.医療機関控 + 結果報告書
 - イ.市保管用 + 結果報告書
 - ウ.本人控 + 結果報告書

検診料金請求の際は、

イ.市保管用 + 結果報告書 を1ヶ月分まとめていただき
「骨粗しょう症検診計算票」につけて医師会へご提出ください。

問い合わせ先
(株)ネヲハル
TEL:048-824-7026