

令和5年度

各種健(検)診実施要領

* 実施する健(検)診ページをご覧ください *

1 特定健診 P1

松本市国保特定健診
後期高齢者健診
松本市その他の健診
(受診券,クーポン,依頼票)

4 委託料・検査料 P48

特定健診
がん検診等
保健指導

2 がん検診等 P22

大腸がん検診
肝炎ウイルス検診
前立腺がん検診
胃がんリスク(ABC)検診

5 その他の特定健診 P52

〔 協会けんぽ・健保組合・共済組合・
国保(松本市以外) 〕

3 保健指導 P43

保健指導とは
動機付け支援
積極的支援

6 肺がん検診 P59

7 骨粗鬆症ふしめ検診 P62



一般社団法人 松本市医師会
松本市医師会検査健診センター
TEL: 0263-32-8042

1. 特定健診

1-1 各種健診の概要	2
1-2 令和5年度 変更事項	3
1-3 Q & A	4
1-4 歯科の間診項目について	6
1-5 実施にあたっての注意点	8
1-6 受診券について	11
1-7 がん検診受診券・無料クーポン	13
1-8 松本市国保特定健診（緑・ピンク）	15
1-9 松本市その他の健診（紫・黄）	16
1-10 依頼票の記入方法および注意点	17
1-11 後期高齢者健診（白）	19
1-12 依頼票の記入方法および注意点	20

2. がん検診等

2-1 大腸がん検診	23
2-2 肝炎ウイルス検診	27
2-3 前立腺がん検診	32
2-4 胃がんリスク(A B C)検診	35

3. 保健指導

3-1 保健指導とは	44
3-2 保健指導の概要	45
3-3 動機付け支援	46
3-4 積極的支援	47

4. 委託料・検査料

4-1 年齢区分・委託料・検査料一覧	49
4-2 がん検診等	50
4-3 支払いについて	50
4-4 保健指導	51

5. その他の特定健診

5-1 その他の特定健診	53
5-2 依頼票の記入方法および注意点	56
5-3 受診券	58

6. 肺がん検診

6-1 肺がん検診	60
-----------	----

7. 骨粗鬆症ふしめ検診

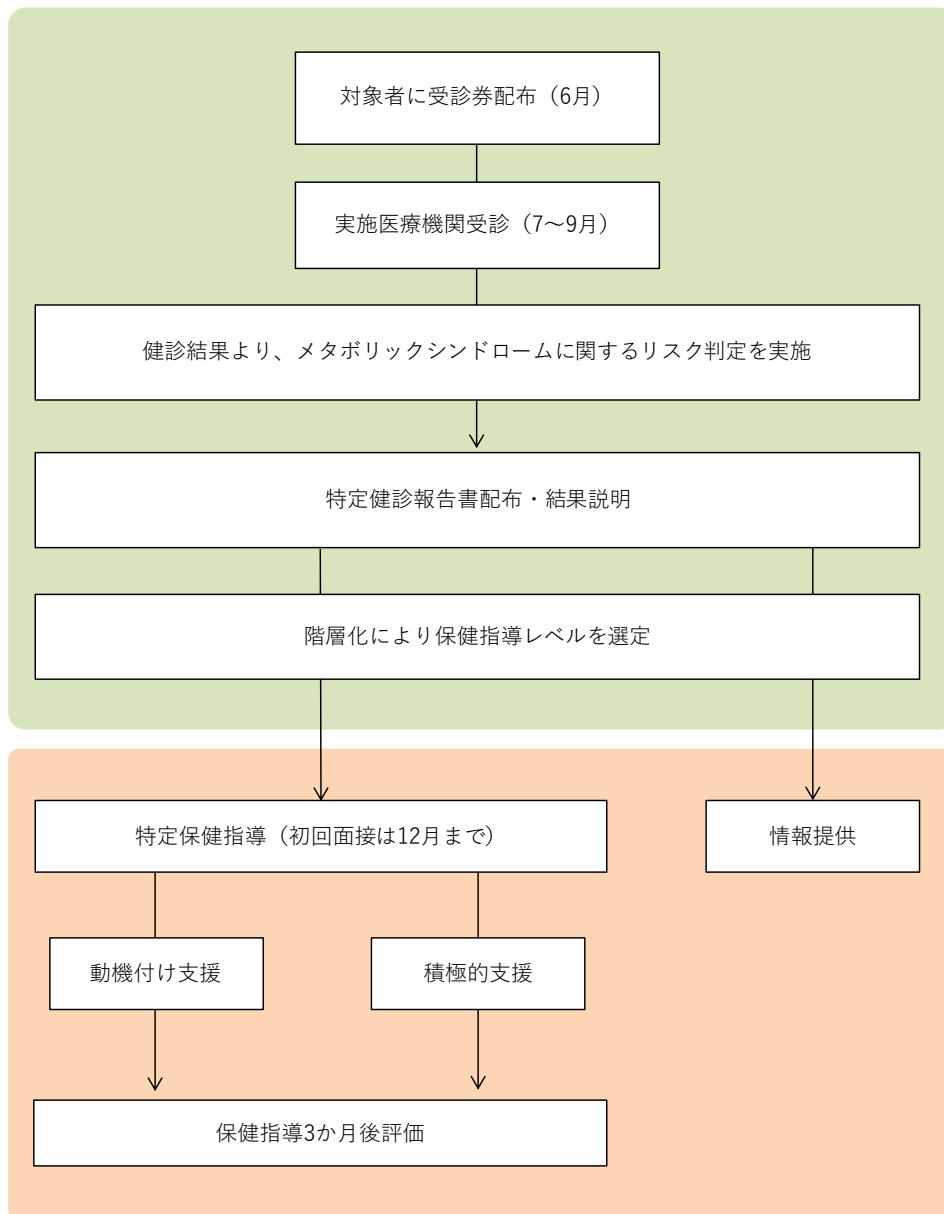
7-1 骨粗鬆症ふしめ検診	63
---------------	----

1

特定健診

松本市国保特定健診
後期高齢者健診
松本市その他の健診

1-1 特定健診の概要



各種健診実施場所・期間

種別	受診券の色	実施場所	実施期間
松本市国保特定健診	緑・ピンク		
74歳健診	紫	市内指定医療機関	7月～9月
後期高齢者健診	白		
生活保護健診	黄		

《10月以降の健診実施場所》

松本市国保特定健診	緑・ピンク	支所・出張所等	10月～12月
74歳健診	紫	医師会検査健診センター	7月～2月
		本館・南分室	

1-2 令和5年度 変更事項

今年度より、以下につきまして変更がございます。

特定健診 検査料

検査料が変更になりました。(p.49 参照)

前立腺がん 単独検診

今年度より医療機関様でも前立腺がん検診の単独での受診が可能となりました。(p.32 参照)

単独検診用ラベル

すべての検診(大腸がん、前立腺がん、肝炎ウイルス、胃がんリスク)で共通になりました。採取容器と受診券・無料クーポンへそれぞれラベルを貼ってください。

採取容器用ラベル

松本市各種単独検診	松本市医師会
採取容器	
氏名	<input type="text"/>
9999 ○○医院	

氏名のみご記入ください。

受診券・無料クーポン用ラベル

松本市各種単独検診	申込日 / <input type="text"/>
受診券・無料クーポン	
カルテNo: <input type="text"/>	<input type="text"/> 男・女
9999 ○○医院	

申込日、カルテ No、性別をご記入ください。
氏名は受診券・無料クーポンに記載があるため、ラベルへの記入は不要です。

MI n CS (ミンクス)

今年度より MI n CS で特定健診の検査データもご確認いただけるようになります。

ご利用いただくには、事前に手続きが必要ですので、ご希望がございましたら検査健診センター (Tel.32-8042) までご連絡ください。

1-3 Q & A (1)

よくいただくお問い合わせについて掲載いたします。

Q：問診 11 に複数チェックを入れる方が時々います。（例：歯科通院中+ 噛み合わせが悪い など）口頭でも両方答える方がいてわかりにくいので改善をお願いします。

A：歯科で治療中又は定期的に健診している（歯科通院あり）にチェックする場合、気になることや食べにくいことがあると感じても複数にチェックしないようお願いいたします。
歯科通院ありと他にチェックがあった場合は歯科通院といたします。

Q：嚥下に問題がある人は歯科に紹介が良いですか？

A：摂食・嚥下に歯科が関わっているかもしれない場合は、まず「松本市歯科医師会会員」診療所へ紹介をお願いいたします。その後「松本市歯科医師会」が「松本市歯科医師会の専門歯科医」へ紹介いたします。

Q：便が1日分しか取れない場合でも検査してもらえますか？

A：検査可能です。検体に「1日分のみ」とメモをつけてご提出ください。

Q：松本市国保以外の特定健診受診者も松本市がん検診等を追加することは可能ですか？

A：住民票が松本市の方であれば、受診可能です。

Q：75歳以上の生保の方はどちらの依頼票を使用すればいいですか？

A：特定健診依頼票を使用してください。

Q：10月以降、後期高齢者健診はどこで受けることができますか？

A：10月以降は受診できません。

10月以降に医師会検査健診センターにて受診可能な受診券は緑、ピンク、紫です。

1-3 Q & A (2)

よくいただくお問い合わせについて掲載いたします。

Q：血液検査がなくても特定健診として認められますか？

A：特定健診・後期高齢者健診は、血液検査や心電図などすべてがそろって健診としてみなされます。

Q：身長や体重を上手く測れない方の計測はどうすればいいですか？

A：身長は目視やメジャーで、体重はおおよそのデータでよいのでご記載ください。

Q：尿検査が当日できない場合は？

A：2～3日以内に検査ができる場合は依頼票に“尿は後日”とご記載ください。
それ以外の場合は「生理中又は、腎疾患等による排泄障害のため検査不能」にチェックをお願いいたします。

Q：受診券がなくても先に採血しても良いですか？

A：松本市健康づくり課へ受診券の再発行をご依頼ください。健診対象者が確認できましたら、先に採血していただけます。
土曜日や平日の遅い時間の場合は、翌日（休み明け）の朝に健康づくり課へご連絡ください。

Q：依頼票のチェックはとのどちらが良いですか？

A：黒色のペンでのようにチェックをお願いいたします。

Q：前立腺がん検診を単独で受診できますか？

A：今年度より医療機関様でも前立腺がん検診の単独での受診が可能となりました。
引き続き松本市医師会検査健診センターでも単独受診は可能ですのでご利用ください。
(TEL 50-9918)

1-4 歯科的問診項目の対応方法について(1)

質問 11：食事をする時、歯、歯ぐき、かみ合わせ、飲み込みなど気になることがありますか。

回答：①問題なく食べられる ②気になることや食べにくいことがある

③歯科で治療中又は定期的に健診している

特定健診受診者（30歳～74歳）で上記質問に対する回答が②となった場合、健診結果説明時に歯科医療機関への口頭による受診勧奨、または紹介状発行による歯科紹介をお願いいたします。該当する受診者へは下記のような「特定健診の歯科的問診項目に関する返書」に付記した「紹介・診療情報提供書」を添付させていただきますのでご利用ください。

【対応手順】

9999
医師会診療所

特定健診の歯科的問診項目に関する返書

以下の該当する欄にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 1. 歯科への受診は必要なし。 <input type="checkbox"/> 2. 歯科への受診を勧めたが、本人が希望しない。 <input type="checkbox"/> 3. 歯科を受診し現在治療中。 <input type="checkbox"/> 4. 歯科への受診を勧めたところ、本人が希望した。かかりつけ歯科医（あり・なし） <input type="checkbox"/> 4にチェックされた場合は、下記の情報提供書にご記入の上、歯科への紹介をお願いします。	1～3にチェックされた場合、下記の情報提供書には記入せず検査健診センター集配者にお渡しください。
---	--

赤枠の箇所は検査健診センターで

印字してお届けします。

紹介・診療情報提供書（歯科宛 ご紹介）

【医科→歯科】

紹介先・情報提供先 歯科医療機関
病院・医院
科
先生

令和 年 月 日

医療機関名
所在地
電話番号
医師氏名 印

平素より大変お世話になっております。
 下記患者様について歯科的御高診・御加療のほど、宜しく願います。
 下記患者様についての診断結果及び今後の治療内容をご報告いたします。

患者氏名
患者住所
生年月日

受付番号
職業
TEL

医科病名
 糖尿病 高血圧 脂質異常症 肥満 喫煙
 肺炎 脳血管疾患 心疾患 その他 ()

当院での検査結果
 血液検査 (年 月実施)
 血糖値 () mg/dL (空腹・随時) HbA1c () %
 薬剤アレルギー ()
 凝固、感染症、その他 ()

現在の処方
 抗凝固剤、抗血小板剤 () 降圧剤 ()
 ビスフォスホネート製剤 () 糖尿病治療薬 ()
 その他薬剤 ()

今後の予定、依頼内容他
 特定健診、保健指導時の問診「食事をかんで食べる時の状態」にて歯科的対応が必要な疑い有となりました。
 つきましては歯科的御高診、御加療よろしくお願ひ申し上げます。

* 診療情報提供書利用の際は一部コピーして医療機関保管をお願いします。

該当箇所に☑をお願いいたします。

○1～3に☑された場合

下記の情報提供書への記入、使用の必要はありません。これを検査健診センター集配者にお渡しください。

○4に☑された場合

下記の情報提供書に必要事項をご記入いただき、紹介状として利用いただければ幸いです。

【お願い】

- * 歯科受診時には特定健診の報告書を持参するようご指導ください。
- * 情報提供書のコピーまたは取り込みは医療機関様でお願いいたします。
- * 歯科医療機関への情報提供書を入れる封筒は、医療機関様でご用意ください。

1-4 歯科的問診項目の対応方法について(2)

情報提供料について

診療を行い歯科へ紹介状を作成した場合（返書の4に該当）は、以下のような情報提供料を算定できます。

1. 診療を行い歯科へ紹介状を作成した場合は、**診療情報提供料（I）250点の算定**
2. 在宅支援診療所から在宅支援歯科診療所へ紹介状を作成した場合は、**歯科医療機関連携加算1100点**も算定

上記に加え**診療情報連携共有料**が平成30年度より新設されております。

診療情報連携共有料とは

- 歯科の依頼に応じて患者の同意の上で検査結果、投薬内容を文書で提供した場合、3ヶ月に1回(紹介状発行月除く)診療情報連携共有料120点が算定可能です。
- 内容は以下の1~4の記載が有れば算定可能です。
 - 1 患者様の氏名、生年月日、連絡先
 - 2 診療情報の提供先保険医療機関名
 - 3 提供する診療情報の内容（検査結果、投薬内容等）
 - 4 診療情報を提供する保険医療機関名および担当医師名
- 詳しくは「医科点数表の解釈」医学管理等 B010-2 診療情報連携共有料をご覧ください。

1-5 実施に当たっての注意点 (1)

各種健診および追加検診実施にあたり、以下につきましてご注意ください。

必ず、被保険者証と受診券をご確認ください

- ・健診実施時には必ず被保険者証と受診券をご確認ください。松本市国保特定健診の場合は、現在の加入保険が「松本市国保」であることをご確認ください。
※国保を脱退しても受診券を持って受診される方がおりますが、受診券発行後でも受診時に国保加入者でなければ、松本市国保特定健診は受診できません。
- ・非該当者に健診を行った場合は保険者への請求はできませんので委託料のお支払はできません。検査料は別途請求させていただきます。
- ・健康診査（特定健診・後期高齢者健診）および肝炎ウイルス検診・大腸がん検診・前立腺がん検診・胃がんリスク（ABC）検診は保険診療の対象にはなりません。

受診券を持参するようご指導ください

○ 受診券を紛失した(忘れた)場合

1. 健康づくり課（TEL34-3217）へ再発行の依頼をお願いいたします。健康づくり課で「受診券の色」を口頭で教えてくださいますので、依頼票の該当する部分にチェックしてください。ただし、生活保護受診者（黄の受診者）は医療機関様から再発行の依頼はできませんのでご注意ください。（p.16 参照）
2. 松本市医師会検査健診センター（TEL32-8042）へもご連絡ください。
※集配担当者に直接伝えていただける場合、連絡は不要です。
3. 市より医師会へ直接届けていただきますので、医療機関様へは届きません。

身体計測・尿検査

○ 車いす等で身長・体重が測定できない場合

身長は目視やメジャー等で、体重はおおよそのデータでも結構ですので必ずご記入ください。
(測定不能は健診として認められません)

○ 尿検査の結果が「4+以上」の場合 「3+」にチェックしてください。

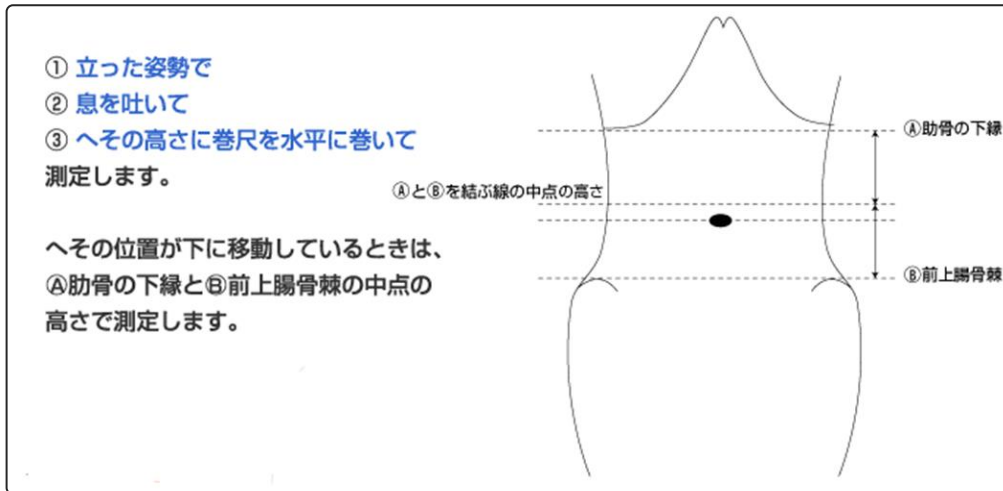
○ 生理中の方で尿検査を実施した場合

結果のみチェックし、「検査不能」にはチェックしないでください。

1-5 実施に当たっての注意点 (2)

特定健診におけるメタボリックシンドローム判定

腹囲の値はメタボリックシンドローム判定に影響するため、腹囲は正確な位置で測定をお願いいたします。



判定基準

チェック①	チェック②
腹囲	最大血圧 130mmHg以上 または 最小血圧 85mmHg以上 または 高血圧症の薬剤治療中
男性85cm以上	空腹時血糖 110mg/dL以上 または HbA1c 6.0%以上 (NGSP値) または 糖尿病の薬剤治療中
女性90cm以上	中性脂肪 150mg/dL以上 または HDLコレステロール 40mg/dL未満 または 脂質異常症の薬剤治療中

報告書への記載	
	②に2項目以上該当 → 基準該当
①に該当 +	②に1項目該当 → 予備群該当
	②に該当なし → 該当なし

1-5 実施に当たっての注意点 (3)

結果説明について

松本市国保特定健診の方には「健診は人生の分岐点 健康づくりを今はじめよう」
受診券の色が白・紫・黄の方には「後期高齢者健康診断の主な検査項目」をお渡しください。

○ 基準値は2種類あります

- ・74歳以下の方は、厚生労働省より公開された「標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】」に記載されている基準値です。
- ・75歳以上の方や紫・黄の受診券の方は保健指導を実施しないため、医師会検査健診センターの基準値を採用しております。

検査項目	74歳以下 特定健診基準値		75歳以上 検査健診センター基準値	
	男性	女性	男性	女性
AST (U/L)	30以下		10～40	
ALT (U/L)	30以下		5～45	
γ-GT (U/L)	0～50		0～80	
HDL-C (mg/dL)	40～119		40～99	
LDL-C (mg/dL)	60～119		70～140	
中性脂肪 (mg/dL)	30～149		30～149	
尿酸 (mg/dL)	7.0以下		7.0以下	
クレアチン (mg/dL)	1.00以下	0.70以下	1.09以下	0.83以下
eGFR (mL/min/1.73m ²)	60以上			
血糖 (mg/dL)	(空腹時) 100未満		(空腹時) 110未満	
	(随時) 140未満		(随時) 140未満	
ヘモグロビンA1c (NGSP値) (%)	4.6～5.5		4.6～6.2	
白血球数 (百/μL)	32～85		33～90	
赤血球数 (万/μL)	400～539	360～489	420～560	380～500
血色素量 (g/dL)	13.1～16.6	12.1～14.6	13.1～18.0	11.2～16.0
ヘマトクリット (%)	38.5～48.9	35.5～43.9	39.0～51.0	33.0～46.0
血小板数 (万/μL)	13.0～34.9		12.0～35.0	

1-6 受診券 (1)

受診券について

- ・国保を脱退すると特定健診受診券は使用できません。
必ず被保険者証と受診券をご確認ください。
- ・「特定健診受診券・後期高齢者健診受診券」と「がん検診」の受診券が一緒になっています。
追加検診を希望される場合は提出をお願いいたします。
- ・「対象ではありません」と記載されているものについては受診できません。
- ・「無料クーポン対象」と記載されているものについては、無料クーポンの提出をお願いいたします。

<p>1234567 〒399-0725 松本市城西2-2-4 a-う-00001 松本 太郎 様 399-0852 松本市城西2-2-4</p> <p>令和5年度 国保特定健診受診券 (受診の際はこちらの券をお持ちください) 令和5年〇月〇日 交付 受診券整理番号 23123456789 受診者の氏名 マツモト タロウ 性別 男 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 市内指定医療機関 令和5年9月30日 窓口での自己負担額 無料 保険者名称 松本市 所在地 松本市丸の内3番7号 電話番号 0263-34-3217 保険者番号 3 9 2 0 2 0 2 0 2 3 支払い代行機関名</p>	<p>令和5年度 松本市大腸がん検診受診券 ●受診料 500円 令和5年 〇月〇日交付 ●この検診を最後に受けた日 受診歴なし</p> <p>マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 性別 男 番号 1234567 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 令和6年 3月31日</p> <p>令和5年度 松本市前立腺がん検診受診券 ●受診料 500円 令和5年 〇月〇日交付 ●この検診を最後に受けた日 受診歴なし</p> <p>マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 性別 男 番号 1234567 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 令和6年 3月31日</p> <p>令和5年度 松本市肝炎ウイルス検診について ●この検診を最後に受けた日 受診歴なし</p> <p>今年度は対象ではありません</p> <p>※45・50・55・60・65・70・75歳になる年度に 無料クーポンを送付します。</p> <p>令和5年度 松本市胃がん検診受診券 ●受診料 540円 令和5年 〇月〇日交付 ●この検診を最後に受けた日 受診歴なし</p> <p>マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 性別 男 番号 1234567 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 令和6年 3月31日 ※バリウムによる検査です。</p>	<p>令和5年度 松本市肺がん検診受診券 「胸部CT」または「胸部レントゲン」から選択 ●受診料 [CT] 2,000円 [レントゲン] 840円 令和5年 〇月〇日交付 ●この検診を最後に受けた日 【C T】 受診歴なし 【レントゲン】 令和2年7月1日</p> <p>マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 性別 男 番号 1234567 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 【C T】 令和6年 3月31日 【レントゲン】 令和6年 3月31日 胸部CTの受診間隔は3年に1回です。</p> <p>令和5年度 松本市子宮がん検診受診券 対象ではありません</p> <p>令和5年度 松本市子宮がん検診受診券 対象ではありません</p>	<p>令和5年度 松本市緑内障検診受診券 ●受診料 1,050円 令和5年 〇月〇日交付 ●この検診を最後に受けた日 受診歴なし</p> <p>マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 性別 男 番号 1234567 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 令和6年 3月31日</p> <p>令和5年度 松本市緑内障検診受診券 ※この受診券は医療機関では使えません。 ●受診料 840円 令和5年 〇月〇日交付 ●この検診を最後に受けた日 受診歴なし</p> <p>マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 性別 男 番号 1234567 生年月日 昭和55年 8月20日 有効期限 令和6年 3月31日</p> <p>松本市健康福祉部 健康づくり課 行</p> <p>(個人情報保護シールをお貼りください。) マツモト タロウ 氏名 松本 太郎 生年月日 S55. 8. 20 住所 松本市城西2-2-4 電話番号 - -</p>
---	---	---	---

特定健診・後期高齢者健診受診券のバーコードシールは、下の四角い枠内に貼付してください。



：特定健診・後期高齢者健診と同時実施できます。
(大腸がん、前立腺がん検診は単独検診としても実施できます)



：単独検診として実施ください。
(実施医療機関様については、「けんしんガイド」をご参照ください。)

1-6 受診券 (2)

受診時の注意事項

〒399-0725
松本市城西2-2-4
a-う-00001

松本 太郎 様

|||||

3 9 52 1/1 512AN202015158*

令和5年度
国保特定健診受診券
(受診の際はこちらの券をお持ちください)

令和5年〇月〇日 交付

受診券整理番号 23123456789

受診者の氏名 マツモト タロウ
性別 男
生年月日 昭和55年 8月20日

有効期限 市内指定医療機関
令和5年9月30日

窓口での自己負担額 無料

保険者名称 松本市
所在地 松本市丸の内3番7号
電話番号 0263-34-3217
保険者番号 3 9 2 0 2 0 2 3

支払い代行機関名

311360626-000
〇〇医院

※受診券の上の住所の部分を切り取ってしまった場合、
受診券の裏面に住所をご記入ください。

- ①『被保険者証番号』を必ず被保険者証でご確認ください。
- ②『令和5年度』の受診券であることをご確認ください。
- ③バーコードをそれぞれ貼付してください。
追加検診のバーコードシールは裏面に貼付してください。

《表》

令和〇〇年度 松本市前立腺がん検診受診券

●受診料 500円 令和〇〇年 〇月〇日交付

●この検診を最後に受けた日 受診歴なし

マツモト タロウ
氏名 松本 太郎
性別 男 番号 1234567
生年月日 昭和〇〇年 8月20日
有効期限 令和〇〇年 3月31日

《裏》

注意事項

1.各種がん検診はこの受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
2.個人情報の取り扱いについては情報漏洩や不正が生じないように適切に取り扱い、以下の目的のみに使用します。

(1)検診業務(検査、問診、判定、保健指導、事後指導、経年データ管理等)
(2)検診の管理運営業務(検査結果報告書発行管理)
(3)会計処理
(4)検査業務の委託
(5)検診精度管理(精密検査の把握)
(6)医療事故の報告

311360626-000
〇〇医院

1-7 がん検診受診券・無料クーポン (1)

追加検診を希望された場合は、必ずそれぞれの「がん検診受診券」もしくは「無料クーポン」の提出をお願いいたします。がん検診受診券を忘れてしまった場合は予備の「オレンジ色」の受診券をご利用ください。

バーコードシールの位置をご確認ください。

大腸がん検診

The diagram illustrates the layout of two coupons. On the left, the front of a '令和〇〇年度 松本市前立腺がん検診受診券' (Prostate Cancer Screening Coupon) is shown. It includes the recipient's name (松本 太郎), gender (男), birth date (昭和〇〇年 8月20日), and expiration date (令和〇〇年 3月31日). Below this is the '注意事項' (Notes) section, which lists six points of use and contains a barcode with the number 311360626-000. An arrow labeled '裏に' (on the back) points to the back of the coupon, which is partially visible. To the right, the front of a 'COUPON CANCER SCREENING FREE COUPON COUPON' (Free Coupon) is shown. It includes the recipient's name (松本 花子), gender (女性), and birth date (昭和〇〇年〇〇月〇〇日). It also features a barcode with the number 311360626-000 and the text '無料クーポン' (Free Coupon). An arrow labeled 'もしくは' (or) points from the back of the first coupon to this free coupon.

前立腺がん検診

The diagram illustrates the layout of a prostate cancer screening coupon. On the left, the front of a '令和〇〇年度 松本市前立腺がん検診受診券' (Prostate Cancer Screening Coupon) is shown. It includes the recipient's name (松本 太郎), gender (男), birth date (昭和〇〇年 8月20日), and expiration date (令和〇〇年 3月31日). Below this is the '注意事項' (Notes) section, which lists six points of use and contains a barcode with the number 311360626-000. An arrow labeled '裏に' (on the back) points to the back of the coupon, which is partially visible.

※ 今年度より医療機関様でも前立腺がん検診を単独で受診いただけます。
引き続き医師会検査健診センターでも単独で受診いただけますので、ご利用ください。

1-7 がん検診受診券・無料クーポン (2)

問診票は裏面に記載されていますので、記入漏れがないようにご確認ください。

肝炎ウイルス検診

《表》

令和〇年度 肝炎ウイルス検診無料クーポン

松本市長 臥雲 義典

受診方法等については、「令和 年度 松本市各種検診のご案内」10ページをご確認ください。
受診をされる方は、裏面問診票をご記入の上、この無料クーポンを医療機関等へお持ちください。

390-0878
医師会 太郎 男
松本市城西2-5-5

受診料 無料

311360626-003
〇〇医院

実施日	実施医療機関
	カルテ№

《裏》

◆問診票

質問事項	回答欄	
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。	はい (年頃)	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。	はい (年頃)	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。	はい (年頃)	いいえ
「はい」と答えられた方にお伺いします。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい	いいえ
4 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ 分からない
5 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ 分からない
6 肝炎ウイルス検診の目的を理解し、検査結果及び精密検査結果が松本市に報告されることについて同意したうえで検査を希望される方は署名してください。	氏 名 _____	

胃がんリスク(A B C)検診

《表》

一般用

390-0878
松本市城西2-5-5

松本市長 臥雲 義典

令和〇年度
胃がんリスク(ABC)検診受診券

受診方法等については、「令和 年度 松本市各種検診のご案内」11ページをご確認ください。
受診をされる方は、裏面問診票をご記入の上、この受診券を医療機関等へお持ちください。

受診料
国民特定・後期高齢者健診とセットの場合 1,000円
胃がんリスクのみの場合 2,000円

医師会 太郎 男

実施の可・否
可・否

実施日

実施医療機関

カルテ№

《裏》

◆問診票

質問事項	回答 (該当箇所に○をつけてください。)	
1 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。	ない	ある いつ頃ですか (昭和・平成・令和 年頃 または 不詳)
2 現在もしくは2か月以内に、胃酸分泌抑制剤(プロトンポンプ阻害剤)を服用しましたか。(胃・十二指腸潰瘍や逆流性食道炎の薬です。)	いいえ	はい 薬剤名 ()
3 過去に胃の切除術を受けたことがありますか。	ない	ある
4 腎不全の治療中または透析治療中ですか。	いいえ	はい
5 今までに胃の検診を受けたことがありますか。 ある場合は①～④の中から主なものを1つお選びください。 「ある」を選んだ方に検診間隔をおたずねします。	ない	ある ①市の胃検診 ②人間ドック、職場健診 ③医療機関にて(保険診療) ④その他 () ①毎年 ②2～3年毎 ③5年以上の間隔

※裏面の問診内容を見て、問診1～4の回答が1つでも該当する方は「否」、それ以外の方は「可」に○をしてください。

※否の場合、検査対象外となりますが裏面の問診票を記入のうえ受診券のみご提出ください。

1-8 松本市国保特定健診 [緑・ピンク]

対象者

40～74・30～39歳の松本市国民健康保険組合加入者（松本市から緑・ピンクの受診券を発行された方）

※下記の方は受診できません。

- ・妊産婦・拘禁者
- ・国内に住所を有しない方
- ・病院などに6ヶ月以上継続して入院している方
- ・障害者自立支援法、老人福祉法、介護保険法に定める施設の入所者

健診内容

○問診 ○診察 ○身体計測(身長/体重/BMI/腹囲) ○血圧測定 ○尿検査(尿蛋白/尿糖/尿潜血)

○心電図検査

○血液検査

肝機能検査（AST・ALT・ γ -GT）

脂質検査（HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪）

腎機能検査（尿酸・クレアチニン・eGFR）

糖尿病検査（血糖・HbA1c）

貧血検査（赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値）

その他（白血球数・血小板数）※参考値として報告しております。

※尿潜血、尿酸、クレアチニン、eGFR、血糖、HbA1c、赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、白血球数、血小板数は松本市独自の追加項目です。

実施期間

令和5年7月1日（土）～9月30日（土）

10月以降は1-1 特定健診の概要（p.2）をご参照ください。

自己負担額

1,000円 受診券に記載されています。

検査報告書

大腸がん検診の結果が入ってから、『胃がんリスク（ABC）検診結果報告書』及び『「胃の健康度」手帳』、『保健指導報告書』、『歯科的問診項目に関する返書』を特定健診等報告書と一緒にお返しいたします。

1-9 松本市その他の健診 [紫・黄]

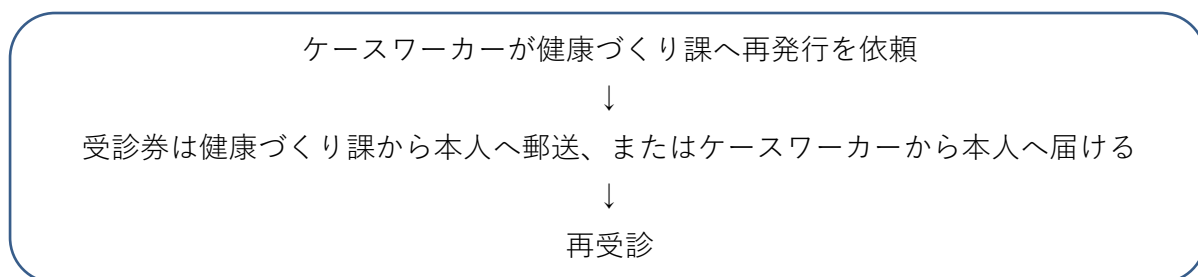
松本市国保特定健診 [緑・ピンク] との違いについてご説明します。

紫色の受診券

- 対象者 今年度 75 歳になる方（S 23.07.02～S 24.03.31 生）で松本市国保加入の方
（松本市から紫の受診券を発行された方）
- その他 腹囲測定は必須ではありません。
保健指導の対象ではありません。
- 自己負担額 1,000 円
- 実施期間 令和 5 年 7 月 1 日（土）～9 月 30 日（土）
10 月以降は 1-1 特定健診の概要（p.2）をご参照ください。

黄色の受診券

- 対象者 40 歳以上の松本市民で生活保護受給者（松本市から黄の受診券を発行された方）
受診券を紛失した（忘れた）場合は、受診をお断りください。生活保護対象者が
どうかその日時点で変わる場合がございます。受診券再発行は以下の流れで
行いますので、受診者の方へご案内をお願いいたします。



- 追加検診 大腸がん、前立腺がんをご希望のときは、必ず「黄色」の追加検診の受診券を
ご提出ください。
オレンジ色の受診券をご提出された場合は無料となりません。
- その他 腹囲測定は必須ではありません。
保健指導の対象ではありません。
- 自己負担額 無料
- 実施期間 令和 5 年 7 月 1 日（土）～9 月 30 日（土）
10 月以降は検査健診センターでも受診できません。

1-10 依頼票の記入方法および注意点 (1)

《特定健診依頼票》 受診券対象者：緑・紫・黄色・ピンク

- 黒色のボールペンをご使用ください。
- ピンクの□のチェックは斜線で☑の様にお願いたします。✓は×と読み取られる可能性があります。修正の場合は☒にしてください。
- 受診券・採血管(各種)・採便容器・がん検診受診券に貼るバーコードは必ず依頼票と同じものをご使用ください。
- 他の人のバーコードを貼らないようにご注意ください。
- 残ったバーコードは切り取らずそのままご提出ください。
- 化学、糖、血液管のラベルは共通に使用できます。

令和〇〇年度 特定健診依頼票

コードNo		
健診日	〇〇月〇〇日	受診券種類 (松本市発行) <input type="checkbox"/> ピンク <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 松国以外
姓(カタカナ)	〇〇	追加検診 (松本市民) <input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス (無料クーポンのみ) <input type="checkbox"/> 前立腺がん (50歳以上男性) <input type="checkbox"/> ABC検診 (対象者のみ)
名(カタカナ)	〇〇様	<input type="checkbox"/> 無料クーポン
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	採血条件 <input type="checkbox"/> 食後10時間未満 (A) <input type="checkbox"/> 食後10時間以上 (B)
電話番号 (11件なし)	〇〇-〇〇〇〇〇〇〇	松本市国保以外はご記入ください
カルテNo	〇〇〇〇〇〇	後保険者証 <input type="checkbox"/> 詳細な健診 <input type="checkbox"/> 貧血検査 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 検査結果より <input type="checkbox"/> 不調あり
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	(血圧) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか。	(糖尿病) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	(脂質) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	現在、脳血管疾患(脳卒中・脳出血・脳梗塞等)の治療を受けていませんか。	(脳血管疾患) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5	現在、心臓病(狭心症・心筋梗塞・心不全等)の治療を受けていませんか。	(心臓病) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6	現在、腎臓病(慢性腎臓病・腎不全等)の治療(人工透析等)を受けていませんか。	(腎臓) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7	現在、貧血の治療を受けていませんか。	(貧血) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	(喫煙) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	お酒を飲む頻度はどれくらいですか。	(飲酒) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない(認めない)
10	1日にどれくらいお酒を飲みますか。(日本酒1合の目安：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)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1～2合未満 <input type="checkbox"/> 2～3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
11	食事をする時、箸、箸をく、かみ合わせ、飲み込みなど気になることがありますか。	<input type="checkbox"/> 問題なく食べられる <input type="checkbox"/> 気になることや食べにくいことがある <input type="checkbox"/> 歯科で治療中又は定期的に健診している
12	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	他の人と比較して食べる速度は速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
17	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	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。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない
19	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	睡眠で体重が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりなし <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に改善するつもり <input type="checkbox"/> 概ね1ヶ月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 取組済み(6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 取組済み(継続6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 脳神経異常症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> その他	
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ <input type="checkbox"/> 腰痛・関節痛	
身体計測	身長 〇〇 cm	診察所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
	体重 〇〇 kg	
	腹囲 〇〇 cm	
血圧	最大 〇〇 mmHg	心電図検査 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> ベースメーカー波形
	最小 〇〇 mmHg	各種異常 <input type="checkbox"/> 異常Q波 <input type="checkbox"/> QT延長 <input type="checkbox"/> 心肥大 <input type="checkbox"/> WPW症候群
尿検査	蛋白 〇	ST-T異常 <input type="checkbox"/> ST低下 <input type="checkbox"/> ST上昇 <input type="checkbox"/> 平低T <input type="checkbox"/> 陰性T
	糖 〇	房室ブロック <input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 3度
	潜血 〇	不整脈 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 洞房結核 <input type="checkbox"/> 上室性外収縮 <input type="checkbox"/> 心室性外収縮
		脚ブロック <input type="checkbox"/> 右脚ブロック <input type="checkbox"/> 左脚ブロック <input type="checkbox"/> その他の異常
		<input type="checkbox"/> 生理中又は、腎疾患等による検尿障害のため検査不能
		健康診断を実施した医師名

必須記入事項

(下記項目は必ずご記入ください。)

- 姓名・性別・生年月日
- 受診券の種類
- 採血条件
- 問診1～11
- 既往歴・自覚症状・診察所見
- 身体計測・血圧・尿検査・心電図
- 医師名

追加検診

ご希望の検診箇所をチェックし、別途自己負担額を徴収してください。

無料クーポンを持参の場合は「無料クーポン」にもチェックしてください。

自己負担額は無料です。

1-10 依頼票の記入方法および注意点 (2)

● 姓名・性別・生年月日

- ・ 受診券通りにご記入ください。

● 電話番号

- ・ 携帯番号でも構いませんので、左詰めでご記入ください。
- ・ 市外局番・-(ハイフン)は記入しないでください。

● 受診券の種類

- ・ 受診券の種類をチェックしてください。
※紛失等でわからない場合は、健康づくり課 (TEL34-3217) へ連絡し、「受診券の色」をご確認のうえチェックしてください。

● 採血条件

- ・ チェックがない場合…食後 10 時間未満とさせていただきます。

● 問診

① ~ ⑦、⑪

チェックがない場合…電話にてお問い合わせいたします。

④ ~ ⑦

「はい」の場合…報告書の「現病歴」に記載されます。
言われたことはあるが治療をしていない場合、過去に治療したことがある場合
…「いいえ」にチェックしてください。

⑧ (喫煙)

チェックがない場合…前回の受診時の問診を参考に「いいえ」ならば今年も「いいえ」
「はい」ならば確認のためにお問い合わせいたします。
※受診歴がない場合は「いいえ」とします。

⑨・⑩ (飲酒)

チェックがない場合…「飲めない (飲まない)」とします。
「毎日」or「時々」にチェック、飲酒量にチェックがない場合…「1 合未満」とします。

⑪ (歯科)

「歯科通院」と他にチェックがあった場合…「歯科通院」とします。

● 既往歴・自覚症状・診察所見

チェックがない場合…「なし」または「異常なし」とします。

● 身体計測・血圧・尿検査・心電図

- ・ 車いす等で身長・体重が測定できない場合でも、身長は目視やメジャー等で、体重はおおよそのデータでも結構ですので、必ずご記入ください。
※測定不能の場合は健診として認められません。ご理解をお願いいたします。
- ・ 尿検査の結果が「4+以上」の場合は、「3+」、尿検査が不可能の場合は「検査不能」にチェックしてください。
- ・ 生理中の方で尿検査を実施した場合は、結果のみチェックしてください。
「検査不能」にはチェックしないでください。

● 医師名

実施した先生のお名前をご記入ください。ハンコでも構いません。

1-11 後期高齢者健診 [白]

対象者

75歳以上の後期高齢者医療制度加入者、及び、65歳以上（S34.03.31生以前）の長野県後期高齢者医療保険証認定を受けている方（松本市から白の受診券を発行された方）

※下記の方は受診できません。

- ・市内に住所を有しない方
- ・病院などに6ヶ月以上継続して入院している方
- ・要介護3から要介護5の認定を受けている方*

*希望される方には、受診券を発行いたします。健康づくり課(Tel34-3217)までご連絡ください。
昨年、希望された方にはご連絡がなくても受診券が発行されます。

健診内容

松本市国保特定健診（eGFRは無し）と同様。ただし、腹囲測定は必須ではありません。

実施期間

令和5年7月1日（土）～9月30日（土）

10月以降は検査健診センターでも受診できません。

自己負担額

後期高齢者健診 無料

検査報告書

大腸がん検診の結果が入ってから、『胃がんリスク（ABC）検診結果報告書』及び『「胃の健康度」手帳』を後期高齢者健診報告書と一緒にお返しいたします。

1-12 依頼票の記入方法および注意点 (1)

《後期高齢者健診依頼票》 受診券対象者：白

- 黒色のボールペンをご使用ください。
- ピンクの□のチェックは斜線で の様をお願いいたします。✓は×と読み取られる可能性があります。 修正の場合は にしてください。
- 受診券・採血管(各種)・採便容器・がん検診受診券に貼るバーコードは必ず依頼票と同じものをご使用ください。
- 他の人のバーコードを貼らないようにご注意ください。
- 残ったバーコードは切り取らずそのままご提出ください。
- 化学、糖、血液管のラベルは共通に使用できます。

令和〇〇年度 後期高齢者健診依頼票

コードNo			
健診日	□□月□□日	受診券種類	<input checked="" type="checkbox"/> 白 (松本市から白の受診券を発行された方のみ)
姓(カタカナ)	□□□□□□	追加検診(松本市民)	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス(無料クーポンのみ)
名(カタカナ)	□□□□□□様		<input type="checkbox"/> 前立腺がん(50歳以上男性) <input type="checkbox"/> ABC検診(対象者のみ)
生年月日	□□年□□月□□日	採血条件	<input type="checkbox"/> 食後10時間未満 <input type="checkbox"/> 食後10時間以上
電話番号(ハイフンなし)	□□□□□□□□	カルテNo	□□□□□□□□
全 員 必 須 記 入 目	1	現在の健康状態はいかがですか。	<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> まあよい <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> あまりよくない <input type="checkbox"/> よくない
	2	毎日の生活に満足していますか。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> やや満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満
	3	1日3食きちんと食べていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	4	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)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	6	6ヵ月で2〜3kg以上の体重減少がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	8	この1年間に転んだことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	10	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	12	あなたはたばこを吸いますか。	<input type="checkbox"/> 吸っている <input type="checkbox"/> 吸っていた <input type="checkbox"/> やめた
	13	週に1回以上は外出していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	14	ふだんから家族や友人との付き合いがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	16	お酒を飲む頻度はどれくらいですか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 飲まない(飲めない)
	17	1日にどれくらいお酒を飲みますか。(日本酒1合の目安：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)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1〜2合未満 <input type="checkbox"/> 2〜3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
	18	睡眠で休養が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> その他		
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 口渇 <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> めまい・立ちくらみ <input type="checkbox"/> 腰痛・関節痛		
身体計測	身長 □□□.□ cm	診察所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
血圧	最大 □□□ mmHg	心電図検査	正常 <input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> ベースメーカー波形 各種異常 <input type="checkbox"/> 異常Q波 <input type="checkbox"/> QT延長 <input type="checkbox"/> 心肥大 <input type="checkbox"/> WPW症候群 ST-T異常 <input type="checkbox"/> ST低下 <input type="checkbox"/> ST上昇 <input type="checkbox"/> 平低T <input type="checkbox"/> 陰性T 異常ブロック <input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 3度
尿検査	蛋白 - □ □ ± □ 1+ □ 2+ □ 3+ □	不整脈	<input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 洞徐脈 <input type="checkbox"/> 上室期外収縮 <input type="checkbox"/> 心室期外収縮
	糖 - □ □ ± □ 1+ □ 2+ □ 3+ □	脚ブロック	<input type="checkbox"/> 右脚ブロック <input type="checkbox"/> 左脚ブロック <input type="checkbox"/> その他の異常
	満血 - □ □ ± □ 1+ □ 2+ □ 3+ □	健康診断を実施した医師名	□□□□□□□□

必須記入事項 (下記項目は必ずご記入ください。)

- 姓名・性別・生年月日
- 採血条件
- 問診1〜18
- 既往歴・自覚症状・診察所見
- 身体計測・血圧・尿検査・心電図
- 医師名

- 追加検診
ご希望の検診箇所をチェックし、別途自己負担額を徴収してください。

1-12 依頼票の記入方法および注意点 (2)

● 姓名・性別・生年月日

- ・受診券通りにご記入ください。

● 電話番号

- ・携帯番号でも構いませんので、左詰めでご記入ください。
- ・市外局番・-(ハイフン)は記入しないでください。

● 受診券の種類

- ・後期高齢者特定健診対象者の受診券は全て白なのであらかじめチェック済みです。

● 採血条件

- ・チェックがない場合…食後 10 時間未満とさせていただきます。

● 既往歴・自覚症状・診察所見

- ・チェックがない場合…「なし」または「異常なし」とします。

● 身体計測・血圧・尿検査・心電図

- ・車いす等で身長・体重が測定できない場合でも、身長は目視やメジャー等で、体重はおおよそのデータでも結構ですので、必ずご記入ください。

※測定不能の場合は健診として認められません。ご理解をお願いいたします。

- ・尿検査の結果が「4+以上」の場合は、「3+」、尿検査が不可能の場合は「検査不能」にチェックしてください。

● 医師名

- ・実施した先生のお名前をご記入ください。ハンコでも構いません。

2

がん検診等

大腸がん検診

肝炎ウイルス検診

前立腺がん検診

胃がんリスク(A B C)検診

2-1 大腸がん検診（1）

実施期間

令和5年4月1日（土）～令和6年3月30日（土）

対象者

松本市に住民票がある30歳以上（H06.04.01生以前）の方

無料クーポンは今年度40歳（S58.04.02～S59.04.01生）の方

※現在、胃腸の病気で治療中の方、または出血（過去6カ月以内）などの自覚症状のある方は対象外です。

検査項目

便潜血検査（2日法）

松本市医師会検査健診センターの専用容器の袋にそれぞれラベルを貼って、受診者の方へお渡しください。

- 特定健診・後期高齢者健診に追加の場合・・・「使用ラベル」
- 単独の場合・・・「各種単独検診 採取容器ラベル」

自己負担額（税込）

- 一般・・・・・・・・・・・・・・・・・・500円
- 大腸がん無料クーポン該当者・・・無料（今年度40歳の方）
- 生活保護受給者・・・・・・・・・・無料

委託料・検査料

委託料・検査料につきましては p.50 をご参照ください。

検体提出期限

特定健診の追加として検査をご希望の場合、**特定健診受診月の翌月20日までに**検体の提出をお願いいたします。

検体の提出がなかった場合、大腸がん検診はキャンセルさせていただき、報告書と大腸がん検診受診券をお返しします。その後、大腸がん検診をご希望される場合には、単独検診としてご依頼ください。

その他

○ 健診実施前に受診者の方が検体を持ってきてしまった場合
単独検診としての受診をおすすめいたします。

○ 特定健診報告書発行後、大腸がん検診を追加したい場合
単独検診としてご依頼ください。自己負担額は特定健診同時実施と変わりません。

2-1 大腸がん検診 (2)

健診時に提出していただくもの

《特定健診へ追加の場合》

- 「追加検診受診券のラベル」を貼った [がん検診受診券] もしくは [無料クーポン]
- 「使用ラベル」を貼った便検体

《単独での実施の場合》

- 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」を貼った [がん検診受診券] もしくは [無料クーポン]
- 「各種単独検診 採取容器のラベル」を貼った便検体

単独検診依頼方法

《無料クーポンの場合》

1. 無料クーポン及び被保険者証によりご本人確認をしてください。
2. 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」に申込日・カルテNo.・性別を記入し無料クーポンへ、「各種単独検診 採取容器のラベル」に氏名を記入し、採便容器の袋に貼ってください。※申込日には、採便容器を受診者の方へ渡した日をご記入ください。
3. 無料クーポンは預かり、採便容器を受診者の方へお渡しください。
その際、一週間以内に医療機関様へ採便容器を提出していただくようご指導ください。
4. 無料クーポンの左部分を切り取り、提出された採便容器と一緒に医師会へご提出ください。

The diagram illustrates the process of combining two labels into a single coupon form. On the left, there are two separate labels: '受診券・無料クーポンラベル' (Coupon Label) and '採取容器ラベル' (Collection Container Label). The coupon label contains information such as '松本市各種単独検診 申込日 7/1', '受診券・無料クーポン', 'カルテNo.: 12345 男・㊟', and '9999 ○○医院'. The collection container label contains '松本市各種単独検診', '採取容器', '氏名 イシカイ ハナコ', and '9999 ○○医院'. An arrow points from these labels to a larger coupon form on the right. The coupon form is titled 'COUPON CANCER SCREENING FREE COUPON COUPON' and contains the following information: '医師会 花子', '松本市城西2-5-5', 'A-101号', '女性', '昭和○○年 5月1日', and '昭和○○年 5月1日'. Below this information is a section for the '令和 年度 大腸がん検診無料クーポン' (Large Intestine Cancer Screening Free Coupon for Reiwa Year) with a validity period '(有効期限: 令和 年 月 日)'. At the bottom, it is signed by '松本市長 臥雲 義海' (Mayor of Matsumoto City, Tsumami Yoshimaru) with a red seal. The coupon form is divided into two halves by a vertical dashed line, with the right half containing the name '医師会 花子様' (Dr. Hanako) and the date '昭和○○年 5月1日'.

採便容器の袋に貼って、受診する方へお渡しください。

右部分の半券は各医療機関様で保管をお願いいたします

2-1 大腸がん検診 (4)

精密検査

いずれか1本でも陽性になった場合は、報告書とともに『大腸精密検査調査依頼書』を入れた封筒と『受診者への大腸精密検査お勧めのお願い』をお届けいたします。

封筒は実施医療機関様より精密検査実施医療機関様（下表参照）へ紹介状とともにお渡しください。精密検査は保険診療扱いとなりますので、被保険者証を持って受診されますようにご指導ください。

受診者の方が何らかの都合により精密検査を受診されない場合は「精検拒否」にチェックの上ご返送ください。

令和5年度大腸がん検診精密検査実施医療機関（順不同）

大野医院	清水2-1-8	32-2309
塩ノ崎医院	並柳1-4-8	28-0880
杉山外科医院	島立183-3	47-1753
須澤内科小児科医院	城西1-8-15	32-1305
中野医院	波田5125	92-2017
なかむらクリニック	征矢野2-14-15	25-2526
やまだ内科クリニック	島立3279-2	47-3900
相澤病院	本庄2-5-1	33-8600
上條記念病院	村井町西2-16-1	57-3800
城西病院	城西1-5-16	32-4624
藤森病院	中央2-9-8	33-3672
松本協立病院	巾上9-26	35-0479
松本市立病院	波田4417-180	92-7106
丸の内病院	渚1-7-45	28-0055
信州大学医学部附属病院	旭3-1-1	37-3500
まつもと医療センター	村井町南2-20-30	86-2812

正しい便の採り方

正確な検査のため、受診者の方へご指導ください。

下記用紙は採便容器とともに袋に入っております。

- 採便後はすぐに提出してください。
(一週間を過ぎた検体については参考値となります)
- 1本の容器に2回分採らないでください。
- 生理期間中は採便をひかえてください。
- 便の表面を4~5箇所軽くこすってください。
※採る量が多すぎると正確な検査ができません。



2-2 肝炎ウイルス検診 (1)

実施期間

令和5年7月1日(土)～令和6年2月29日(木)

対象者

松本市に住民票がある今年度40・45・50・55・60・65・70・75歳になる方で、無料クーポンが配布されており、今までに一度も検査を受けたことのない方。

※過去に受診したことがある場合、受診者の方が希望されても受診できません。

ルーチン検査としてご依頼ください。

検査項目

- HBs抗原
- HCV抗体

血液は特定健診・後期高齢者健診の生化学用検体で検査します。

「HCV抗体検査」にて「中・低力価」になった場合は、「HCV PCR法での確認対象のお知らせ」と専用容器をお届けいたしますので、再採血をお願いいたします。

自己負担額 (税込)

無料

委託料・検査料

委託料・検査料につきましては p.50 をご覧ください。

健診当日に提出していただくもの

《特定健診へ追加の場合》

- 「追加検診受診券のラベル」を貼った [無料クーポン]

《単独での実施の場合》

- 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」を貼った [無料クーポン]
- 「各種単独検診 採取容器のラベル」を貼った検体

無料クーポン紛失の場合

無料クーポンを紛失した場合は、健康づくり課(Tel.34-3217)へお問い合わせいただくようご指導ください。

2-2 肝炎ウイルス検診 (2)

結果報告

《特定健診へ追加の場合》

特定健診等報告書に記載いたします。

《単独での実施の場合》

肝炎ウイルス検診結果報告書をお届けいたします。

検診依頼方法について

《特定健診に追加の場合》

1. 「肝炎ウイルス検診無料クーポン」及び被保険者証等によりご本人確認をしてください。
2. 問診及び本人署名が記入されていることをご確認ください。
3. 特定健診、後期高齢者健診の追加検診 肝炎ウイルス検診にチェックを入れ、ご提出ください。

追加検診無料クーポン
314107511-000

又は

追加検診無料クーポン
600243416-000

令和〇年度 肝炎ウイルス検診無料クーポン

松本市長 伊藤 義尚

受診方法等については、「令和 年度 松本市各種検診のご案内」10ページをご確認ください。
受診をされる方は、裏面問診票をご記入の上、この無料クーポン券を医療機関等へお持ちください。

〒390-0878
医師会 花子 女
松本市城西2-5-5

受診料
無 料

受診期間

実施日	実施医療機関
	カルテ№

○実施医療機関名も忘れずにご記入ください。

○問診及び本人の署名欄が記入されているかご確認ください

◆問診票《裏面》

質問事項	回答欄		
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。	はい (年頃)	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。	はい (年頃)	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。	はい (年頃)	いいえ	
「はい」と答えられた方にお伺いします。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい	いいえ	
4 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	分からない
5 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	分からない
6 肝炎ウイルス検診の目的を理解し、検査結果及び精密検査結果が松本市に報告されることについて同意したうえで検査を希望される方は署名してください。	氏 名 _____		

2-2 肝炎ウイルス検診 (3)

《肝炎ウイルス検診単独の場合》

1. 「肝炎ウイルス検診無料クーポン」及び被保険者証等によりご本人確認をしてください。
2. 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」に申込日・カルテ No.・性別を記入し無料クーポンへ、「各種単独検診 採取容器のラベル」に氏名を記入し、検体へ貼ってください。
3. 問診及び本人署名が記入されていることをご確認ください。
4. 「肝炎ウイルス検診無料クーポン」と「生化学用採血管 1 本」をご提出ください。
(前立腺がん検診、胃がんリスク検診と同時実施の場合、検体は 1 本で検査できます。)

受診券・無料クーポンラベル

松本市各種単独検診 申込日 7/1

受診券・無料クーポン

カルテNo: 12345 男・☺

9999 ○○医院

令和○年度 肝炎ウイルス検診無料クーポン

松本市長 臥雲 義尚

受診方法等については、「令和 年度 松本市各種検診のご案内」10ページをご確認ください。
受診をされる方は、裏面問診票をご記入の上、この無料クーポン券を医療機関等へお持ちください。

〒390-0875
医師会 花子 女
松本市城西2-5-5

受診料 無 料

受診期間

実施日	実施医療機関
	カルテNo: _____

○実施医療機関名も忘れずにご記入ください。

○今年度から単独検診の場合も、クーポンにラベルを貼ってください。

○問診及び本人の署名欄が記入されているかご確認ください。

◆問診票《裏面》

質問事項	回答欄		
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。	はい (年頃)	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。	はい (年頃)	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。 「はい」と答えた方にお伺いします。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	はい いいえ
4 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	分からない
5 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃)	いいえ	分からない
6 肝炎ウイルス検診の目的を理解し、検査結果及び精密検査結果が松本市に報告されることについて同意したうえで検査を希望される方は署名してください。	氏 名 _____		

単独検診以外の血液検査もご希望の場合

「総合検査依頼書」、「肝炎ウイルス検診無料クーポン」、「各種単独検診 採取容器のラベルを貼った検体」をご提出ください。

※総合検査依頼書は肝炎ウイルス以外の項目にチェックしてください。

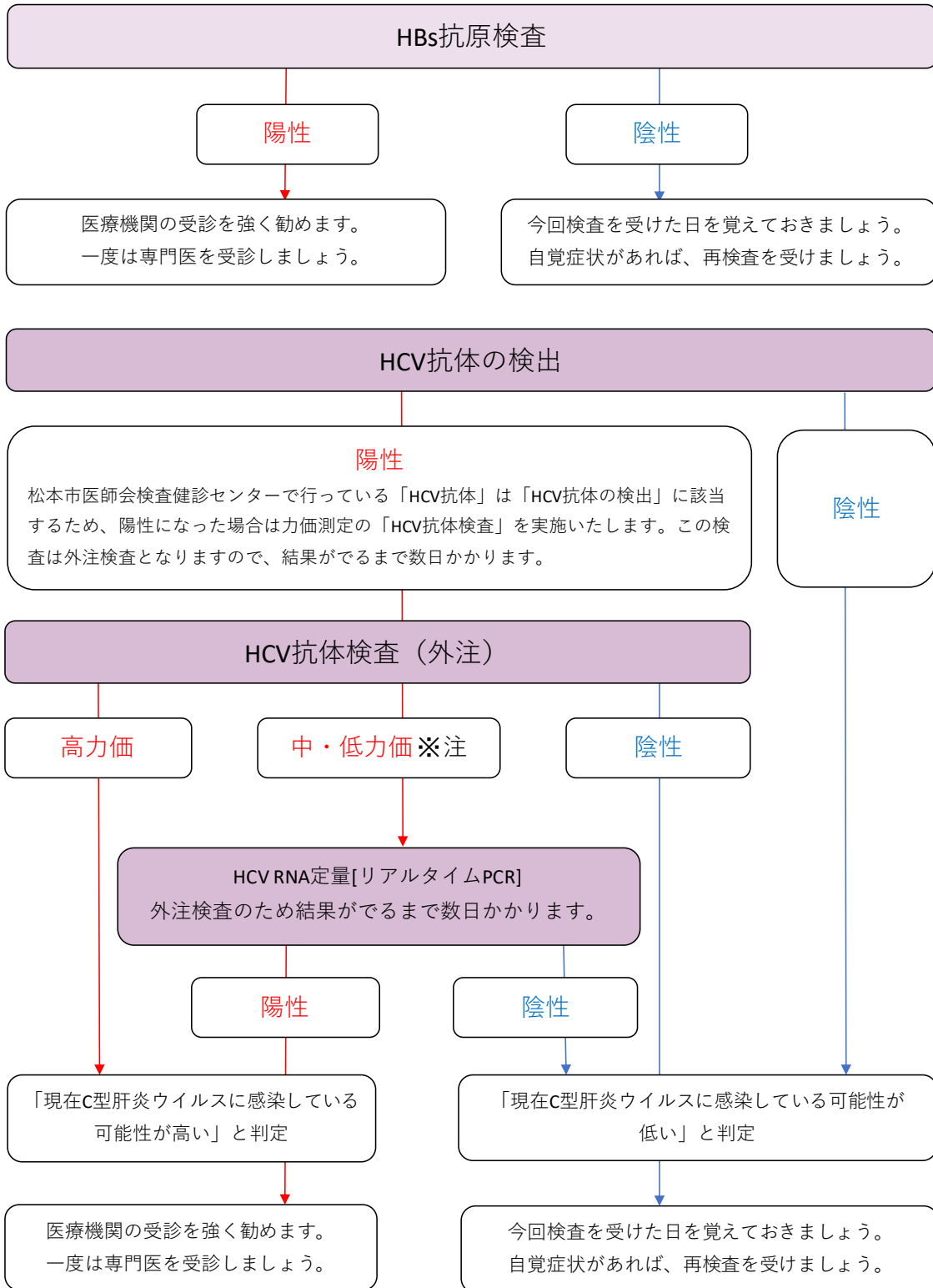
※肝炎ウイルス検診は「専用報告書」で、その他は「臨床検査結果報告書」にてご報告いたします。

精密検査

HBs 抗原、HCV 抗体、いずれかが陽性となった場合は、報告書とともに『肝炎精密検査調査依頼書』を入れた封筒と『受診者への肝炎精密検査お勧めのお願い』、『長野県肝炎検査費助成のご案内』、『肝炎ウイルスのパフレット』をお届けいたします。封筒は、実施医療機関様より精密検査実施医療機関様へ紹介状とともにお渡しください。

2-2 肝炎ウイルス検診 (4)

肝炎ウイルス検査の流れ



※注 「HCV 抗体検査」にて「中・低力価」になった場合は、「HCV PCR 法での確認対象のお知らせ」と専用容器をお届けいたします。
点線から下を切り取り、採血していただいた検体と一緒にご提出ください。
PCR 法で確認を行い、肝炎ウイルス検診は完了となります。追加料金はありません。

2-3 前立腺がん検診 (1)

実施期間

令和5年4月1日(土)～令和6年3月30日(土)

対象者

松本市に住民票がある今年度50歳以上の男性(S49.04.01生以前)の方
ただし、次の方はこの検診の対象外となります。

- ・今までに前立腺がんの治療を受けたことがある方
- ・現在、前立腺がんで治療中の方
- ・現在、前立腺がんで通院中の方

検査項目

● PSA (前立腺特異抗原)

血液は特定健診・後期高齢者健診の生化学用で検査します。検体保存により活性が低下していく傾向があるため、後日追加の場合はあらかじめご連絡のうえ再採血をお願いいたします。

また、下記の薬剤を6ヵ月内服すると、PSA値を50%に低下させますのでご注意ください。

5 α 還元酵素阻害薬

- ・デュタステリド (アボルブ[®]) 前立腺肥大症
- ・デュタステリド (サガーロ[®]) 男性型脱毛症
- ・フィナステリド (プロペシア[®]) 男性型脱毛症

抗アンドロゲン薬

- ・クロルマジノン (プロスタール[®]) 前立腺肥大症

自己負担額 (税込)

- 一般 530円
- 生活保護受給者 無料

委託料・検査料

委託料・検査料につきましては p.50 をご参照ください。

2-3 前立腺がん検診 (2)

健診日に提出していただくもの

《特定健診へ追加の場合》

- 「追加検診受診券のラベル」を貼った [がん検診受診券]

《単独での実施の場合》

- 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」を貼った [がん検診受診券]
- 「各種単独検診 採取容器のラベル」を貼った検体

単独検診依頼方法について

1. 「前立腺がん検診受診券」及び被保険者証等によりご本人確認をしてください。
2. 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」に申込日・カルテ No.・性別を記入し受診券へ、「各種単独検診 採取容器のラベル」に氏名を記入し、検体へ貼ってください。
3. 各ラベルを貼った受診券と検体をご提出ください。

《表》

令和〇〇年度 松本市前立腺がん検診受診券	
●受診料 500円	令和〇〇年 〇月〇日交付
●この検診を最後に受けた日 受診歴なし	
氏名	マツモト タロウ 松本 太郎
性別	男 番号 1234567
生年月日	昭和〇〇年 8月20日
有効期限	令和〇〇年 3月31日

《裏》

注意事項	
1.各種がん検診はこの受診券に記載してある有効期限内に受診してください。	
2.個人情報の取扱い、以下()に記入してください。	松本市各種単独検診 申込日 7/1
(1)検診業務()	受診券・無料クーポン
(2)検診の管	
(3)会計処理	カルテNo: 12345 (男・女)
(4)検査業務	9999 〇〇医院
(5)検診精度管理(精密検査の把握、発見がん追跡調査)	
(6)医療事故の報告	

「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」は受診券 裏面に貼り付けてください。

2-3 前立腺がん検診 (3)

受診券紛失の場合

- 受診券を紛失した場合は予備のオレンジ色の受診券をご使用ください。
 - 生活保護の方、無料クーポン対象の方は予備のオレンジ色の受診券は使用できません。
 - 紛失した場合は健康づくり課(Tel34-3217)へお問い合わせいただくようご指導ください。
- ※ただし生活保護受診者（黄の受診券）は医療機関様からの再発行の依頼はできませんのでご注意ください。（p.16 参照）

令和5年度 前立腺がん検診受診券	
大枠内をご記入ください 50歳以上の方	
松本市に住居登録がある	はい・いいえ
今年度、松本市の前立腺がん検診を受けていない	はい・いいえ
<small>※居住状況が不明な場合は、自己負担の別を添付した検診結果をお返しいただきます。</small>	
フリガナ	
氏名	
住所	松本市
性別	男
生年月日	大・昭 年 月 日
電話番号	() -
自己負担額	530円
医療機関記入	受診日
実施医療機関名	(医療機関用)

予備のオレンジ色の受診券の場合は必ず住所をご記入ください。

結果報告

《特定健診へ追加の場合》
特定健診等報告書に記載いたします。

《単独での実施の場合》
前立腺がん検診結果報告書をお届けいたします。

単独検診以外の血液検査もご希望の場合

「総合検査依頼書」、「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベルを貼った受診券」、「各種単独検診 採取容器のラベルを貼った検体」をご提出ください。

※総合検査依頼書は前立腺がん検診（PSA）以外の項目にチェックしてください。

※前立腺がん検診は「専用報告書」で、その他は「臨床検査結果報告書」にてご報告いたします。

その他

- ・ 今年度より医療機関様でも前立腺がん検診単独を受診することが可能となりました。
引き続き松本市医師会検査健診センターでも単独受診は可能ですのでご利用ください。

(Tel 50-9918)

2-3 前立腺がん検診（4）

精密検査

4.1ng/mL 以上の場合は、報告書とともに『前立腺がん検診精密検査依頼書』を入れた封筒と『受診者への前立腺がん検診精密検査お勧めのお願い』をお届けいたします。がんの早期発見・早期治療のため、精密検査の受診をお勧めください。

封筒は実施医療機関様より精密検査実施医療機関様（下表参照）へ紹介状とともにお渡しください。精密検査は保険診療扱いとなりますので、被保険者証を持って受診されますようにご指導ください。

受診者の方が何らかの都合により精密検査を受診されない場合は「精検拒否」にチェックの上ご返送ください。

令和5年度前立腺がん検診精密検査実施医療機関（順不同）

医療機関名	住所	電話番号
相澤病院	松本市本庄2-5-1	33-8600
いかど腎泌尿器科クリニック	松本市島立1120-18	48-2455
まつもと医療センター	松本市村井町南2-20-30	86-2812
信州大学医学部附属病院	松本市旭3-1-1	37-2768
紺谷泌尿器科クリニック	松本市平田西1-31-2	85-0200
さがみ屋泌尿器科クリニック	松本市桐3-4-10	31-0202
古畑泌尿器科クリニック	松本市筑摩1-19-9	50-6555
安曇野赤十字病院	安曇野市豊科5685	72-3170
丸の内病院	松本市渚1-7-45	28-0055
松本市立病院	松本市波田4417-180	92-7106
松本協立病院	松本市巾上9-26	35-0479

2-4 胃がんリスク(A B C)検診 (1)

実施期間

令和5年7月1日(土)～令和6年2月29日(木)

対象者

松本市に住民票がある今年度40、45、50、55、60、65、70、75歳になる方で、今までに一度も検査を受けたことのない方。

ただし、次に該当する方は正確な検査結果が得られないため、対象外となります。

1. ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことがある方
2. 胃酸分泌抑制(プロトンポンプ阻害薬)を服用中、もしくは2か月以内に服用していた方(この薬は、胃・十二指腸潰瘍や逆流性食道炎などで使われる薬です。)
3. 過去に胃の切除術を受けられた方
4. 腎機能が低下している方(血清クレアチニン値3mg/dL以上)または透析治療中の方

検査項目

●ペプシノゲン ●ヘリコバクター・ピロリ菌抗体 ●クレアチニン

検体は特定健診・後期高齢者健診の生化学用検体で検査します。

ヘリコバクター・ピロリ菌抗体測定法はラテックス比濁法となります。

自己負担額(税込)

《特定健診に追加の場合》

- 一般・・・・・・・・・・ 1,000円
- 生活保護受給者・・・・ 無料

《ABC 検診単独の場合》

- 一般・・・・・・・・・・ 2,000円
- 生活保護受給者・・・・ 無料

委託料・検査料

委託料・検査料につきましては p.50 ご覧ください。

受診券紛失について

受診券を紛失した場合は健康づくり課(Tel34-3217)へお問い合わせいただくようご指導ください。

※ただし生活保護受診者(黄の受診券)は医療機関様からの再発行の依頼はできませんのでご注意ください。(p.16 参照)

2-4 胃がんリスク(ABC)検診 (2)

健診当日に提出していただくもの

《特定健診に追加の場合》

- 「追加検診受診券のラベル」を貼った [胃がんリスク (ABC) 検診受診券]

《ABC 検診単独の場合》

- 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」を貼った [胃がんリスク(ABC)検診受診券]
- 「各種単独検診 採取容器のラベル」を貼った検体

検査依頼方法について

《特定健診に追加の場合》

1. 「胃がんリスク (ABC) 検診受診券」及び被保険者証等によりご本人確認をしてください。
2. 問診が記入されていることをご確認ください。
3. 実施の可否欄に○をしてください。
問診 1~4 が全て「ない」又は「いいえ」の場合、【可】
問診 1~4 のいずれか 1 つでも該当する場合、【否】(検査対象外となりますが裏面の問診票はご記入いただき、ご提出ください。)
4. 特定健診、後期高齢者健診依頼票の追加検診 ABC 検診にチェックを入れ、ご提出ください。



又は

〒390-0878 松本市城西2-5-5 医師会 花子様		松本市長 臥雲 義尚	
		令和〇年度 胃がんリスク(ABC)検診受診券	
受診方法等については、「令和 年度 松本市各種検診のご案内」11ページをご確認ください。 受診をされる方は、裏面問診票をご記入の上、この受診券を医療機関等へお持ちください。			
受診料	〒390-0878	医師会 花子 女	
国保特定・後期高齢者健診とセットの場合 1,000円	松本市城西2-5-5	受診期間	
胃がんリスクのみの場合 2,000円			
	実施の可・否	実施日	実施医療機関
	可 ・ 否		カルテ№

- 実施医療機関名を忘れずに
ご記入ください。
- 受診券への問診の記入は必須です。
- 実施の可否欄には、必ず○をしてください。
裏面の問診内容を見て
1~4に該当する場合「否」に○を、
それ以外は「可」に○をしてください。

◆問診票 《裏面》		質問事項		回答 (該当箇所)に○をつけてください。	
1	ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。	ない	ある	いつ頃ですか (昭和・平成・令和 年頃 または 不詳)	
2	現在もしくは2か月以内に、胃酸分泌抑制剤 (プロトンポンプ阻害剤)を服用しましたか。(胃・十二指腸潰瘍や逆流性食道炎の薬です。)	いいえ	はい	薬剤名 ()	
3	過去に胃の切除術を受けたことがありますか。	ない	ある		
4	腎不全の治療中または透析治療中ですか。	いいえ	はい		
5	今までに胃の検診を受けたことがありますか。ある場合は①~④の中から主なものを1つお選びください。	ない	ある	①市の胃検診 ②人間ドック、職場健診 ③医療機関にて (保険診療) ④その他 ()	
「ある」を選んだ方に検診間隔をおたずねします。				①毎年 ②2~3年毎 ③5年以上の間隔	

2-4 胃がんリスク(ABC)検診 (3)

《ABC 検診単独の場合》

1. 「胃がんリスク (ABC) 検診受診券」及び被保険者証等によりご本人確認をしてください。
2. 「各種単独検診 受診券・無料クーポンのラベル」に申込日・カルテ No.・性別を記入し受診券へ、「各種単独検診 採取容器のラベル」に氏名を記入し、検体へ貼ってください。
3. 問診が記入されていることをご確認ください。

問診 1~4 の回答が1つでも該当する場合は「否」となり、それ以外は「可」となります。

4. 実施の可否欄に○をして、「胃がんリスク (ABC) 検診受診券」と「生化学用採血管 1 本」をご提出ください。(前立腺がん検診、肝炎ウイルス検診と同時実施の場合でも、検体は1本で検査できます。)

※「否」の場合、検査対象外となりますが裏面の問診票はご記入いただき、**受診券のみ**ご提出ください。検体を提出された場合、正確な検査結果が得られないため、確認のお電話をさせていただきます。

受診券・無料クーポンラベル

松本市各種単独検診 申込日 7/1

受診券・無料クーポン

カルテNo: 12345 男・☺

9999 ○○医院

- 実施医療機関名も忘れずにご記入ください。
- 今年度から単独検診の場合も、クーポンにラベルを貼ってください。
- 受診券への問診の記入は必須です。
- 実施の可否欄には、必ず○をしてください。裏面の問診内容を見て1~4に該当する場合「否」に○を、それ以外は「可」に○をしてください。

〒390-0878 松本市城西2-5-5 医師会 花子様

令和〇年度
胃がんリスク(ABC)検診受診券

受診方法等については、「令和4年度 松本市各種検診のご案内」11ページをご確認ください。受診をされる方は、裏面問診票をご記入の上、この受診券を医療機関等へお持ちください。

〒390-0878 医師会 花子 女
松本市城西2-5-5

受診料
国保特定・後期高齢者健診とセットの場合 1,000円
胃がんリスクのみの場合 2,000円

実施の可・否	実施日	実施医療機関
可・否		カルテNo

《裏面》

◆問診票

質問事項	回答 (該当箇所に○をつけてください。)		
1 ヘリコバクター・ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。	ない	ある	いつ頃ですか (昭和・平成・令和 年頃 または 不詳)
2 現在もしくは2か月以内に、胃酸分泌抑制剤 (プロトンポンプ阻害剤)を服用しましたか。(胃・十二指腸潰瘍や逆流性食道炎の薬です。)	いいえ	はい	薬剤名 ()
3 過去に胃の切除術を受けたことがありますか。	ない	ある	
4 腎不全の治療中または透析治療中ですか。	いいえ	はい	
5 今までに胃の検診を受けたことがありますか。ある場合は①~④の中から主なものを1つお選びください。	ない	ある	①市の胃検診 ②人間ドック、職場健診 ③医療機関にて (保険診療) ④その他 ()
「ある」を選んだ方に検診間隔をおたずねします。		①毎年 ②2~3年毎 ③5年以上の間隔	

単独検診以外の血液検査もご希望の場合

「総合検査依頼書」、「胃がんリスク (ABC) 検診受診券」、「各種単独検診 採取容器 ラベルを貼った検体」をご提出ください。

※総合検査依頼書はセンターセット 8: ABC 検診以外の項目にチェックしてください。

※胃がんリスク検診は「専用報告書」で、その他は「臨床検査結果報告書」にてご報告いたします。

2-4 胃がんリスク(A B C)検診 (4)

結果報告

《特定健診に追加の場合》

特定健診等報告書に記載します。

受診者の方ごとに『胃がんリスク(A B C)検診結果報告書』と『「胃の健康度」手帳』を袋に入れ、お届けいたします。 ※袋の返却は不要です

医療機関様には、手帳へ受診者の方の情報を記載していただき、手帳内2ページ目の所定の場所へ結果の貼付をお願いいたします。(p.39 参照)

特定健診等報告書と『「胃の健康度」手帳』を併せて受診者の方へお渡しください。

《ABC 検診単独の場合》

受診者の方ごとに『胃がんリスク(A B C)検診結果のお知らせ』、『胃がんリスク(A B C)検診結果報告書』、『「胃の健康度」手帳』を袋に入れ、お届けいたします。 ※袋の返却は不要です
医療機関様には、手帳へ受診者の方の情報を記載していただき、手帳内2ページ目の所定の場所へ結果の貼付をお願いいたします。(p.39 参照)

結果説明 [フローチャート参照 p.40]

A群、B-1群、B-2群、C群それぞれに対応した説明・指導をお願いいたします。

○ A B C判定が「A群」になった方

A群と判定された方でも検査の結果によってはピロリ菌既感染あるいは現感染が疑われる場合があります。該当する場合は内視鏡検査をお勧めください。

○ A B C判定が「B-1群」「B-2群」「C群」になった方

内視鏡検査指定医療機関(p.42)にて内視鏡検査を受診していただくようお勧めください。

特定健診等報告書と一緒に

1. 「胃がんリスク(A B C)検診内視鏡検査お勧めのお願い」
2. 「胃がんリスク(A B C)検診内視鏡検査依頼書」入り封筒
をお届けいたします。

※内視鏡検査指定医療機関を受診される際には必ず『「胃の健康度」手帳』も持参するようにご指導ください。

2-4 胃がんリスク(ABC)検診 (5)

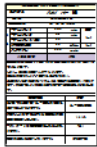
結果報告

- 『「胃の健康度」手帳』の表紙に受診された方のお名前、ご住所、生年月日をご記入ください。
 - 検査結果は点線に沿って切っていただき、手帳の2ページに貼ってください。
 - 特定健診等報告書と『「胃の健康度」手帳』を併せて受診された方へお渡しく下さい。
- ※単独検診の場合は『胃がんリスク(ABC)検診結果のお知らせ』、『胃がんリスク(ABC)検診結果報告書』、『「胃の健康度」手帳』を併せて受診された方へお渡しく下さい。


〇〇〇〇医院 御中 作成日 〇〇〇〇年7月1

胃がんリスク(ABC)検診 結果報告書

● 胃がんリスク検診(ABC検診)の結果一覧です。
● 下記の検査結果を点線に沿って切り取り、一併にお届けいたしました『胃の健康度手帳』の2ページ目に貼っていただき、受診者にお渡しください。



「胃の健康度」手帳の2ページ目に
下記の検査結果を貼ってください。



● 先生方には、それぞれの受診者の状況判定に合わせたご指導をお願いいたします。

代わり 付く 様

松本市胃がんリスク検診(ABC検診)			
受診者名	代わり 付く 様		
検診日	2019年7月1日		
実施機関	〇〇〇〇医院		
ヘリコプター	5.2.3	正常	異常
ヘリコプター直経	2.1	正常	(-)
ヘリコプター直経	0.7	正常	(-)
ヘリコプター	0.77	正常	
ABC判定 A群			
【胃がんリスク検診】胃がんは発症後には癌、胃がんと見られる事、しかし、この検査で胃がんは見られません。早急の胃がんリスク検診を受診ください。検査結果、検査結果の判定は医師の判断によるもので、可能であれば早急に医師の健康相談をお願いします。			
検査結果	判定		
検査結果	判定		
検査結果	判定		
検査結果	判定		

受付日 令和〇〇年7月1日

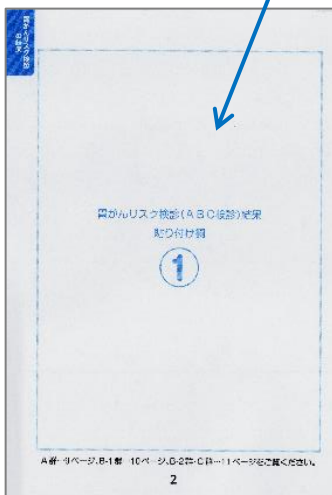
住所 松本市城西2丁目2番7号

氏名 代わり 付く 様 女性

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

ABC判定 **A群**

松本市医師会健康推進センター
担当：奥村
TEL: 32-9042 FAX: 32-6352



胃がんリスク検診(ABC検診)を受診された方の
「胃の健康度」手帳

胃がんリスク検診

血液検査

低い A B-1 B-2 C 高い

6ヶ月以内の内視鏡検査

胃がんリスク検診(ABC検診)とは
胃癌の胃がんの発見やすさを調べる血液検査です。

住 居 松本市

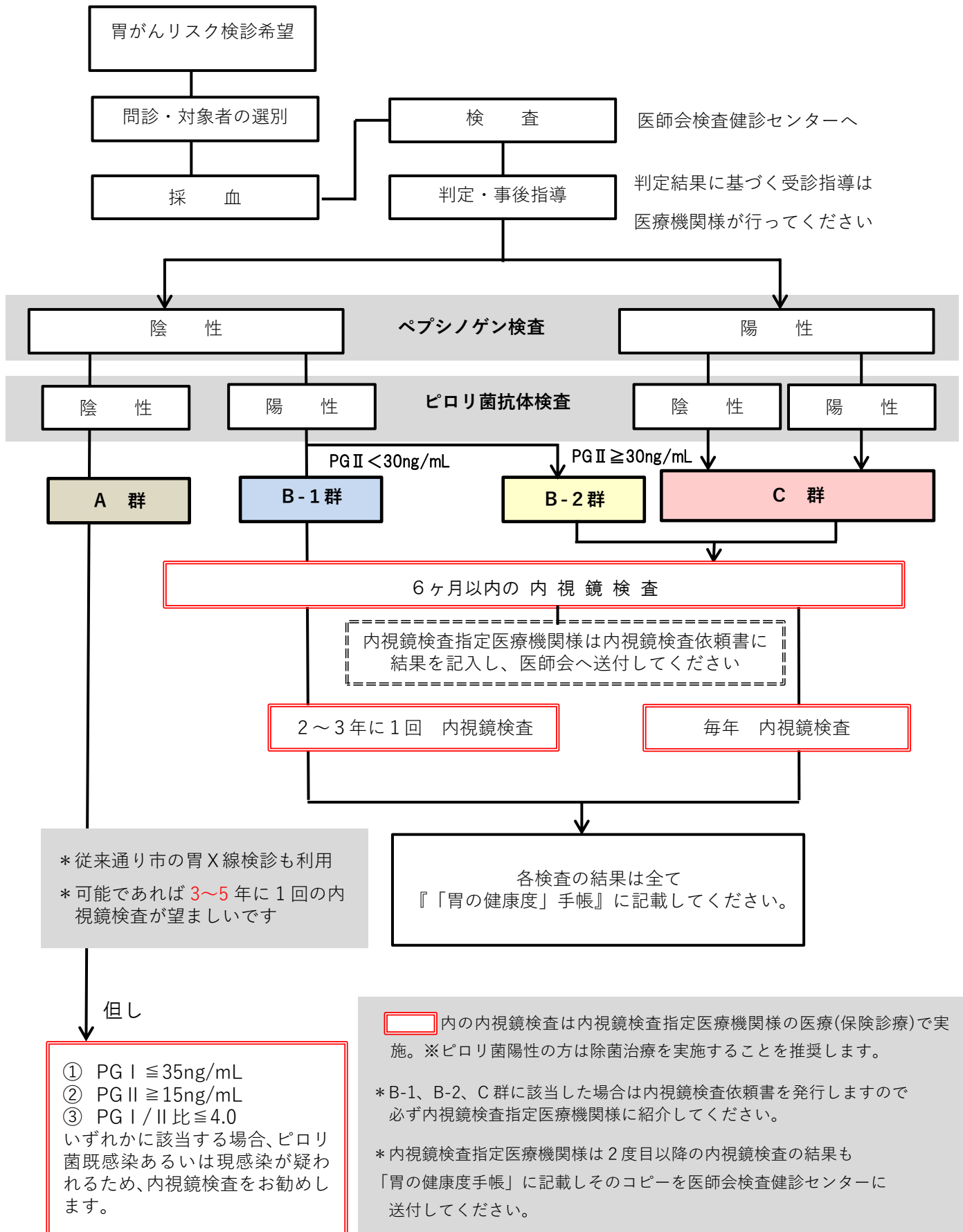
氏 名 _____

生 年 月 日 昭和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

美しく生きる。
健康寿命延伸都市・松本

2-4 胃がんリスク(A B C)検診 フローチャート

対象者：今年度、40・45・50・55・60・65・70・75歳の方で今までに胃がんリスク検診を受けていない方



2-4 胃がんリスク(A B C)検診 (胃酸分泌抑制剤一例)

A B C 検診に影響を及ぼす P P I 製剤

先発薬品名	後発薬品名	メーカー
オメプラール錠10・20	オメプラゾール錠10・20	アメル(共和)・トーワ・SW(メディサ)・ケミファ・日医工・TSU(鶴原) 他
	オメプラゾール錠10mg・20mg	
オメプラゾン錠 10mg・20mg	オメプラゾール腸溶錠10mg・20mg	マイライン
	オメプロトン錠10mg・20mg	沢井
	オبرانゼ錠10・20	テバ
タケプロンOD錠15・30	ランソプラゾールOD錠 15mg・30mg	DK(三和化学)・タイヨー・トーワ・沢井・日医工・JG(日本ジェネリック)・ケミファ・テバ 他
	ランソプラゾールカプセル 15mg・30mg	アメル(共和)・MED(メディサ)・タカタ(高田)・トーワ・JG(日本ジェネリック)・沢井・ケミファ・日医工 他
	タイプロトンカプセル 15mg・30mg	テバ
	タビゾールカプセル 15・30	テバ
パリエット錠 5mg・10mg・20mg	ラベプラゾールN a 錠10mg・20mg ラベプラゾールN a 塩錠10mg・20mg	A A(あすか)・杏林・マイライン・沢井・明治・JG(日本ジェネリック)・YD(陽進堂)・大原日新・トーワ・ファイザー・テバ 他
	ラベプラゾールナトリウム錠10mg ラベプラゾールナトリウム錠20mg	FFP(富士フィルム)・NP(ニプロ)・ケミファ・サンド・日医工・テバ・ゼリア 他
ネキシウムカプセル 10mg・20mg		
タケキャブ10mg・20mg		

2-4 胃がんリスク(A B C)検診

令和5年度内視鏡検査指定医療機関 (順不同)

医療機関名	住 所	電話番号
赤羽医院	深志2-9-5	32-0965
梓川診療所	梓川梓2344-1	78-2058
池上医院	中央3-5-11	32-0411
大野医院	清水2-1-8	32-2309
岡野医院	梓川倭575-1	78-2804
荻原医院	蟻ヶ崎1-1-36	33-9728
奥平医院	大手5-6-17	32-2335
折井クリニック	白板1-3-7	32-0305
金井医院	里山辺3083	32-4230
上條医院	波田1660-1	92-3046
唐沢内科医院	城西2-2-26	32-1553
唐沢内科小児科医院	笹部2-1-51	25-7633
窪田外科胃腸科医院	寿中1-43-7	58-4522
塩ノ崎医院	並柳1-4-8	28-0880
品川内科医院	笹賀5526-12	28-3313
杉山外科医院	島立183-3	47-1753
須澤内科小児科医院	城西1-8-15	32-1305
せきクリニック	並柳2-13-1	24-0355
高山内科明生会	島内1788-2	47-3500
なかむらクリニック	征矢野2-14-15	25-2526
中村内科小児科医院	出川町18-20	25-5763
南天診療所	筑摩3-15-31	29-1515
はたクリニック	開智2-3-48-6	33-0667
福澤医院	和田1858-10	47-9318
藤田医院	宮渕1-4-5	35-8611
松田内科医院	小屋北1-15-33	86-0333
松原台診療所武田内科医院	松原40-7	86-5041
松本市四賀の里クリニック	会田1535-1	64-2027
みやいりクリニック	井川城2-16-12	31-3838
百瀬医院	内田381	58-2506
やまだ内科クリニック	島立3279-2	47-3900
山村医院	今井3223-23	59-2002
相澤病院	本庄2-5-1	33-8600
上條記念病院	村井町西2-16-1	57-3800
松南病院	笹部3-13-29	25-2303
城西病院	城西1-5-16	32-4624
藤森病院	中央2-9-8	33-3672
松本協立病院	巾上9-26	35-0479
松本市立病院	波田4417-180	92-7106
丸の内病院	渚1-7-45	28-0055
信州大学医学部附属病院	旭3-1-1	37-3500
まつもと医療センター	村井町南2-20-30	86-2812

3

保健指導

保健指導とは
動機付け支援
積極的支援

3-1 保健指導

対象者

特定健診受診者 [30～39 歳(ピンク)、40～74 歳(緑)] のうち、報告書の「保健指導レベル」が、下記の階層化により『動機付け支援』または『積極的支援』に該当された方。

※生活保護健診、74 歳健診、後期高齢者健診、年度途中加入者の方は対象外となります。

※対象者に、報告書と「松本市国保 特定保健指導 報告書」をお届けいたします。受診者ごとに保健指導の対象項目を記載いたしますので、支援計画書作成の際にご利用ください。

階層化

特定健診の結果から、内臓脂肪蓄積の程度とリスク要因の数に着目し、リスクの高さや年齢に応じて、レベル別(「動機付け支援」または「積極的支援」)に保健指導を行います。

腹囲	追加リスク		対象者	
	血圧・糖・脂質	喫煙歴	40～64歳	65～74歳
男性85cm以上 女性90cm以上	2つ以上該当	—	積極的支援	動機付け支援
	1つ該当	あり		
		なし		
上記以外で BMI 25以上	3つ該当	—	積極的支援	動機付け支援
	2つ該当	あり		
		なし		
	1つ該当	—		

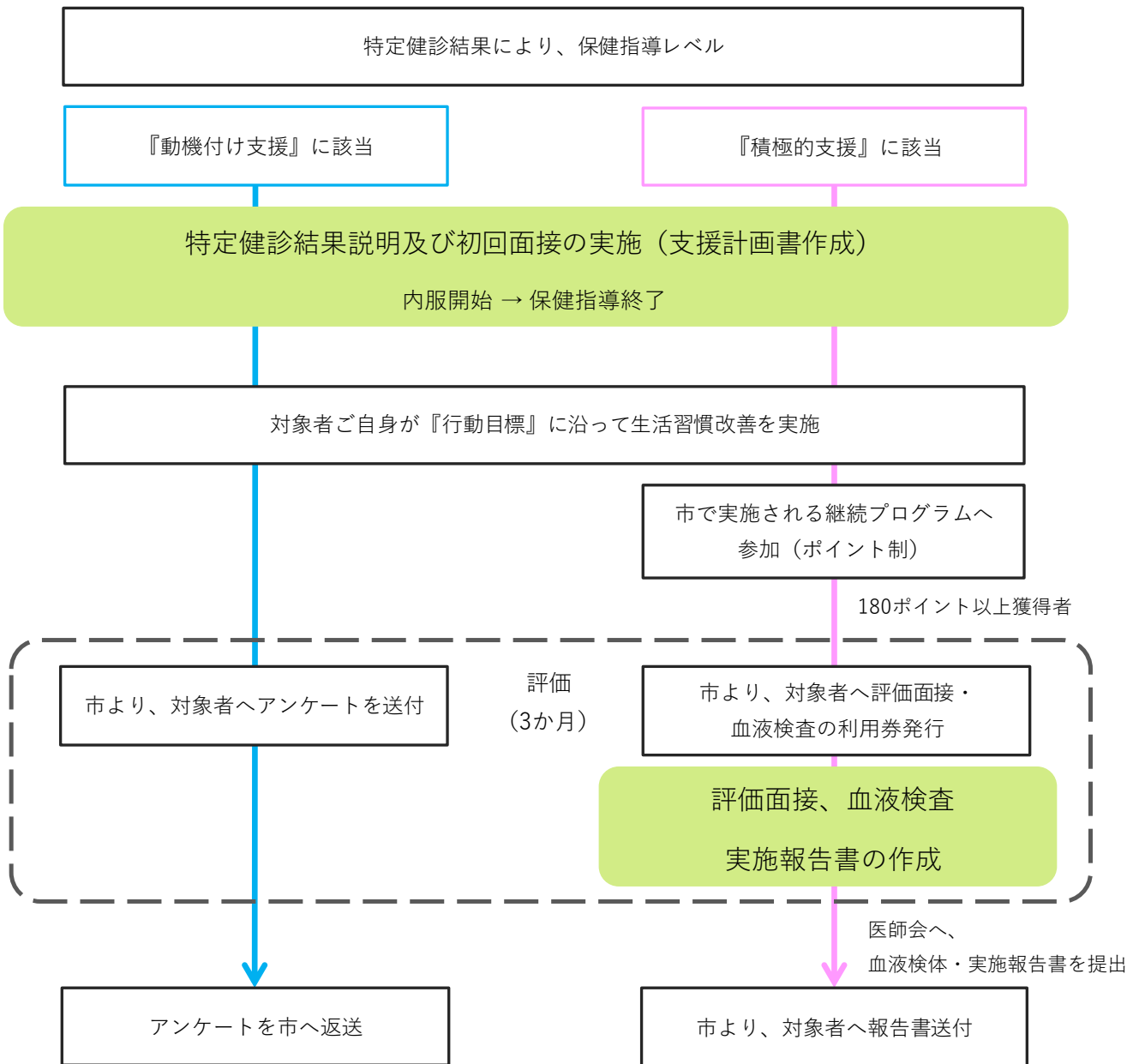
追加リスクとは

- ・血圧 最大血圧 130以上 または 最小血圧 85以上
- ・糖 血糖(空腹時) 100以上 または HbA1c(随時) 5.6以上
- ・脂質 TG(中性脂肪) 150以上 または HDL-C 40未満

※上記に該当しない方や高血圧症・糖尿病・脂質異常症の薬剤治療中の場合は『情報提供』となります。

3-2 保健指導の概要

：医療機関にて実施



※180ポイント以上獲得できなかった場合は、3か月後評価へは進めません。
保健指導終了となります。

注意点

1. 初回面接は、その年の **12月まで** となります。

松本市における特定保健指導の効果については、初回面接を実施することで、生活習慣の見直しができ健診結果の改善がみられたとの報告がありました。ご協力をお願いいたします。

2. 保健指導は松本市国保加入者のみ実施してください。

3-3 動機付け支援

配布資料

- ・ 特定保健指導のご案内
- ・ 質問票
- ・ 「自分に合ったプランを立てて体重をコントロールしましょう」冊子
- ・ 支援計画書（水色）
- ・ 「動機づけ支援の皆様へ」のチラシ（水色）

実施内容

※初回面接を実施する際、治療の有無を確認してください。

治療開始の場合は保健指導対象外ですので、支援計画書「①松本市提出用」の治療欄にチェックし、医師会へご提出ください。

○ 初回面接（個別面接：20分以上）

1. 「特定健診結果」と、「松本市国保 特定保健指導 報告書」を基に、結果(対象項目)の説明を行います。
2. 質問票を記入します。
3. 「自分に合ったプランを立てて体重をコントロールしましょう」冊子を利用し、生活習慣の改善計画をたてます。
4. 支援計画書（水色）を記入します。
→ 3部複写のうち、「①松本市提出用」と「質問票」は医師会へご提出ください。
「②医療機関控え」は医療機関様にて保管をお願いいたします。
「③本人用」はご本人にお渡しください。
5. 水色のチラシ（動機付け支援の対象者用）を渡します。
※支援計画書の提出はその年の12月までです。

○ 計画実施

対象者ご自身が、計画に沿って生活習慣を改善します。

○ 評価

初回面接から3か月後、市より直接対象者にアンケートが送付されます。

アンケートを記入し市へ返送するようにお伝えください。

※動機づけ支援では、評価面接・血液検査は実施しません。

3-4 積極的支援

配布資料

- ・特定保健指導のご案内
- ・質問票
- ・「自分に合ったプランを立てて体重をコントロールしましょう」冊子
- ・支援計画書（ピンク）
- ・「積極的支援の皆様へ」のチラシ（ピンク）

実施内容

※初回面接を実施する際、治療の有無を確認してください。

治療開始の場合は保健指導対象外ですので、支援計画書「①松本市提出用」の治療欄にチェックし、医師会へご提出ください。

○ 初回面接（個別面接：20分以上）

1. 「特定健診結果」と、「松本市国保 特定保健指導 報告書」を基に、結果(対象項目)の説明を行います。
2. 質問票を記入します。
3. 「自分に合ったプランを立てて体重をコントロールしましょう」冊子を利用し、生活習慣の改善計画をたてます。
4. 支援計画書（ピンク）を記入します。
→3部複写のうち、「①松本市提出用」と「質問票」は医師会へご提出ください。
「②医療機関控え」は医療機関様にて保管をお願いいたします。
「③本人用」はご本人にお渡しください。
5. ピンクのチラシ（積極的支援の対象者用）を渡します。
※支援計画書の提出はその年の12月までです。

○ 計画実施

市で実施している継続支援プログラムへの参加

（初回面接終了後、市より対象者へ案内があります。）

対象者ご自身が、市の継続支援担当者と連絡を取りながら、計画に沿って生活習慣を改善します。継続支援に参加するごとにポイントがつき、180ポイント以上で3か月後評価へ進めます。

○ 評価

特定健診実施医療機関様で3か月後評価を行います。（市より評価面接・検査の利用券が発行された方）医療機関様にて評価面接・採血を実施してください。

実施報告書(3部複写)に必要事項を記入し、検体と一緒に医師会へご提出ください。

後日、市より対象者へ結果が送付されます。

4

委託料・検査料

特定健診
がん検診等
保健指導

4-1 年齢区分・委託料・検査料一覧

健診委託契約は下記の委託料の異なる2種類に分けられます。

《個別健診》

医院、診療所及び病院で受診するもので、結果書を医師が説明し手渡しするものになります。受診者の方の都合により、やむを得ず結果書を郵送する場合は、受診者の方に郵送料等の費用負担を求めることはできません。

《集団健診》

病院及び病院併設の健診センターで受診するもので、結果書を手渡しせず郵送等により行うものになります。

受診券の色	健診区分	年齢	自己負担額
緑	松本市国保特定健診	40歳～74歳 S 24.04.01～S 59.03.31	1,000円
ピンク	30歳代の国保健診	30歳～39歳 S 59.04.01～H 06.03.31	1,000円
	年度途中加入者健診	40歳～74歳 S 24.04.01～S 59.03.31	
白	後期高齢者健診 ※2	75歳～ ～S 23.07.01	0円
紫	74歳健康診査 ※3	今年度内75歳 S 23.07.02～S 24.03.31	1,000円
黄色	健康保険未加入者 健康診査	40歳～ ～S 59.03.31	0円

(税込)

※2：65歳以上の後期高齢者医療保険証をお持ちの方も対象です。

※3：「74歳健診」とは、受診券発行後に国保から後期高齢者に異動するため、保健指導対象にはならない方々の健診のことです。

4-2 がん検診等の委託料・検査料

追加検診を希望する場合は、必ず該当する検診の受診券のご提出をお願いいたします。

検診	受診者区分	自己負担額
大腸がん検診 (同時・単独)	一般	500円
	生活保護受給者（受診券：黄色）	0円
	無料クーポン対象者	
肝炎ウイルス検診	無料クーポン対象者	0円
前立腺がん検診	一般	530円 ※2
	生活保護受給者	0円
胃がんリスク(ABC)検診	一般	1,000円
		2,000円
	生活保護受給者	0円

※1 実際の請求額は税抜き額の合計に税率を乗じた金額になります。

(税込)

4-3 委託料の支払いについて

1. 各医療機関様より医師会検査健診センターに依頼票・血液検体等をご提出いただき検査・代行入力を行います。
2. 医師会検査健診センターにて国保連合会・松本市へデータを電子媒体により送付いたします。
3. 委託料は国保連合会・松本市より振り込まれます。
4. 検査月の3か月後、医師会より各医療機関様へ検査料をご請求いたします。

5

その他特定健診

協会けんぽ
健保組合
共済組合
国保（松本市以外）

5-1 その他の特定健診（1）

協会けんぽ・健保組合・共済組合・国保（松本市以外）の特定健診について

対象者

40～74 歳かつ、県医師会との集合契約（集合 B）をしている保険者より受診券が発行されている方。松本市民以外の方も受診できます。

健診内容

○問診 ○診察 ○身体計測(身長・体重・BMI・腹囲) ○血圧測定 ○尿検査(尿蛋白・尿糖・尿潜血)

○血液検査

肝機能検査（AST・ALT・ γ -GT）

脂質検査（HDL コレステロール・LDL コレステロール・中性脂肪）

糖尿病検査（血糖 or HbA1c ※）

※食後 10 時間以上のとき血糖・10 時間未満のとき HbA1c

＋ 詳細な健診（判定基準があります p.55 参照）

貧血検査(赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値・白血球数・血小板数)※

クレアチニン・eGFR

心電図検査

眼底検査

※白血球数・血小板数は、参考値として報告しております

実施期間

受診券に記載されている有効期限内

自己負担額

委託料単価を基に受診券に記載されている金額を窓口で徴収してください。

追加検診

対象者は松本市に住民票のある方のみです。

その他

松本市国保以外の方は、特定保健指導の必要がありません。

受診当日に加入している保険者の受診券のみ使用できます。

協会けんぽでも年度内に記号・番号が変更になると前の受診券は使用できません。

* 報告書は松本市国保特定健診のものと一緒にです。

5-1 その他の特定健診 (3)

詳細な健診実施の判定基準

追加項目	実施できる条件 (基準)				
貧血検査 (ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定)	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 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 ※	当該年度の特定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 <table border="1"><tr><td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dL 以上</td></tr></table> ただし、当該年度の特定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の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当するものを含む。	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dL 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dL 以上				
血清クレアチニン検査 (eGFR による腎機能の評価を含む)	当該年度の特定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 <table border="1"><tr><td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dL 以上</td></tr></table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dL 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dL 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dL 以上				

(特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き (第 3.2 版) より)

※ 眼底検査を実施される場合はご相談ください。

詳細な健診、クレアチニンについて

血糖もしくは HbA1c の結果により、クレアチニンの追加の有無についてお知らせしてきましたが、今後は**お知らせと結果報告後の追加はいたしません**ので、あらかじめ先生のご判断によりご依頼ください。

5-2 依頼票の記入方法および注意点 (1)

- 黒色のボールペンをご使用ください。
- ピンクの のチェックは斜線で のようにお願いいたします。
 は×と読み取られる可能性があります。チェック修正の場合は にしてください。
- 受診券・採血管（各種）・採便容器・がん検診受診券に貼るバーコードは必ず依頼票と同じものをご使用ください。（バーコードの貼り間違いにご注意ください）
- 化学、糖、血液管のラベルは共通に使用できます。

令和〇〇年度 特定健診・後期高齢者健診依頼票 313653583

コード貼		
健診日	受診券種別 (松本市発行)	ピンク <input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 松国以外 <input type="checkbox"/>
姓(カタカナ)	追加検診 (松本市民)	大腸がん <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス <input type="checkbox"/> 前立腺がん (50歳以上男性) <input type="checkbox"/>
名(カタカナ)	無料クーポン <input type="checkbox"/>	無料クーポン <input type="checkbox"/> ABC検診 (対象者のみ) <input type="checkbox"/>
生年月日	探血条件	食後10時間未満 (A) <input type="checkbox"/> 食後10時間以上 (B) <input type="checkbox"/>
電話番号 (ハイフンなし)	松本市国民健康保険 後期高齢者 以外はご記入ください	被保険者証 番号 <input type="text"/>
カルテ№	詳細な健診	異血検査 <input type="checkbox"/> クレアチニン <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> 検査結果より <input type="checkbox"/> 不規則あり <input type="checkbox"/>
1	現在、血圧を下げる薬を飲んでいませんか。	(血圧) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか。	(糖尿病) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいませんか。	(脂質) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4	脳血管疾患 (脳卒中・脳出血・脳梗塞等) の治療を受けたことがありますか。	(脳血管疾患) <input type="checkbox"/> 患部に治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
5	心臓病 (狭心症・心筋梗塞・心不全等) の治療を受けたことがありますか。	(心臓病) <input type="checkbox"/> 患部に治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
6	腎臓病 (慢性腎臓病・腎不全等) の治療 (人工透析等) を受けたことがありますか。	(腎臓) <input type="checkbox"/> 患部に治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
7	貧血の治療を受けたことがありますか。	(貧血) <input type="checkbox"/> 患部に治療 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。	(喫煙) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9	お酒を飲む頻度はどれくらいですか。	(飲酒) <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない (飲まない)
10	1日にどれくらいお酒を飲みますか。(日本酒1合の目安：ビール500ml、焼酎25度110ml、ウィスキーダブル1杯60ml、ワイン2杯240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満 <input type="checkbox"/> 1〜2合未満 <input type="checkbox"/> 2〜3合未満 <input type="checkbox"/> 3合以上
11	食事をする時、歯、歯ぐき、かみ合わせ、飲み込みなど気になることがありますか。	<input type="checkbox"/> 問題なく食べられる <input type="checkbox"/> やや気になることがある <input type="checkbox"/> 問題があり食べにくい
12	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
13	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上続けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
14	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
15	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
16	他の人と比較して食べる速度は速いですか。	<input type="checkbox"/> 速い <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 遅い
17	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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
18	朝昼夕の3食以内に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ほとんど摂取しない (摂取しない)
19	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
20	睡眠で体量が十分にとれていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
21	運動や食生活などの生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりなし <input type="checkbox"/> 6ヶ月以内に改善するつもり <input type="checkbox"/> 概ね1ヶ月以内に改善するつもりであり、少しずつ始めている <input type="checkbox"/> 取組済み (継続6ヶ月未満) <input type="checkbox"/> 取組済み (継続6ヶ月以上)
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 消化器疾患 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣疾患 <input type="checkbox"/> うつ病
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 手足のしびれ <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 腰痛症 <input type="checkbox"/> その他
身体計測	身長 <input type="text"/> cm	診察所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり
体重	<input type="text"/> kg	
腕囲	<input type="text"/> cm	
最大血圧	<input type="text"/> mmHg	正常 <input type="checkbox"/> 正常範囲 <input type="checkbox"/> ベースメーカー波形 <input type="checkbox"/>
最小血圧	<input type="text"/> mmHg	各種異常 <input type="checkbox"/> 異常Q波 <input type="checkbox"/> QT延長 <input type="checkbox"/> 心肥大 <input type="checkbox"/> WPW症候群
尿糖	<input type="checkbox"/> ー <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	ST-T異常 <input type="checkbox"/> ST低下 <input type="checkbox"/> ST上昇 <input type="checkbox"/> 平坦T <input type="checkbox"/> 陰性T
尿潜血	<input type="checkbox"/> ー <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	房室ブロック <input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 3度
尿蛋白	<input type="checkbox"/> ー <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	不整脈 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> 洞性頻脈 <input type="checkbox"/> 上室期外収縮 <input type="checkbox"/> 心室期外収縮
		脚ブロック <input type="checkbox"/> 右脚ブロック <input type="checkbox"/> 左脚ブロック <input type="checkbox"/> その他の異常

必須記入事項

(下記項目は必ずご記入ください。)

- 姓名・性別・生年月日
- 被検者証の記号・番号
- 採血条件
- 問診1〜22
- 身体計測・血圧・尿検査
- 既往歴・自覚症状・診察所見
- 医師名

- 被保険者証、記号、番号
必ずご記入ください。
記載がない場合は電話にてお問い合わせいたします。

- 受診券の種類
松国以外をチェックしてください。

- 追加検診
別途自己負担額を徴収してください。(松本市民のみ)
無料クーポンを持参の場合は「無料クーポン」にもチェックしてください。

5-2 依頼票の記入方法および注意点 (2)

●詳細な健診

- ・貧血検査、クレアチニン…追加した場合のみチェックしてください。
- ・心電図検査…実施理由・結果もチェックしてください。
- ・眼底検査……実施の場合はご相談ください。

●採血条件

食後 10 時間未満の時は HbA1c を、食後 10 時間以上の時は血糖を検査します。
記入がない場合はお問い合わせいたします。

●問診

① ~ ⑦、⑪

チェックがない場合は電話にてお問い合わせいたします。

④ ~ ⑦

「はい」の場合…報告書の「現病歴」に記載されます。
言われたことはあるが治療をしていない場合、過去に治療したことがある場合
…「いいえ」にチェックしてください。

⑧ (喫煙)

チェックがない場合…前回の受診時の問診を参考に「いいえ」ならば今年も「いいえ」
「はい」ならば確認のためにお問い合わせいたします。
※受診歴がない場合は「いいえ」とします。

⑨・⑩(飲酒)

チェックがない場合…「飲めない (飲まない)」とします。
「毎日」or「時々」にチェックがあり、飲酒量にチェックなし場合…「1 合未満」とします。

⑪ (歯科)

「歯科通院」と他にチェックがあった場合…「歯科通院」とします。

●既往歴・自覚症状・診察所見

チェックがない場合…「なし」または「異常なし」とします。

●身体計測・血圧・尿検査・心電図

- ・腹囲測定は必須項目です。
- ・車いす等で身長・体重が測定できない場合でも、身長は目視やメジャー等で、体重はおおよそのデータでも結構ですので、必ずご記入ください。
※測定不能の場合は健診として認められません。ご理解をお願いいたします。
- ・尿検査の結果が「4+以上」の場合…「3+」 尿検査が不可能の場合…「検査不能」にチェックしてください。
- ・生理中の方で尿検査を実施した場合は、結果のみチェックしてください。
※「検査不能」にはチェックしないでください。

●医師名

実施した先生のお名前をご記入ください。ハンコでも構いません。

5-3 受診券

《受診券の一例》 保険者により受診券の色・大きさが違います。

特定健康診査受診券	
2023年4月20日交付	
受診券整理番号	2312345678
受診者の氏名	トクテイ ケンタロウ
性別	1 男
生年月日	昭和〇〇年9月1日
有効期限	2024年3月31日
健診内容	・特定健診
窓口での自己負担	
特定健診(基本部分)	負担額又は 保険者負担上限額 7,150円
特定健診(詳細部分)	負担率 受診者負担20%
保険者所在地	〒100-8916 千代田区霞が関1-2-2
保険者電話番号	03-5253-1111
保険者番号・名称	0000000000 印
	〇△〇△健康保険組合
契約とりまとめ機関名	集合Bド/日
支払代行機関番号	94899101
支払代行機関名	社会保険診療報酬支払基金

記載内容を確認してください。

- 受診券整理番号
「23」からはじまる11桁
- 氏名・性別・生年月日
被保険者証の記載と一致しているか確認してください。
- 有効期限

**被保険者証の記号・番号を必ず
依頼票にご記入ください。**

「集合B」と記載されていれば実施可能です。
「B」と記載されていない場合、お電話にて確認いたします。
受診券のバーコードは空いている場所に貼付してください。

注意事項
住所欄に受診者の住所が記載されているかご確認ください。
記載がない場合、お電話にて確認いたします。
受診券のバーコードは空いている場所に貼付してください。

【受診券記載例】

1. 斜線あるいは欄なし
自己負担はありません。
2. 受診者負担〇〇%
委託料の〇〇%が自己負担額となります。
3. 受診者負担△△円
自己負担額△△円となります。
4. 保険者負担上限◇◇円
委託料から◇◇円を引いた残りの金額が自己負担額となります。

6

肺がん検診

実施にあたって

6-1 肺がん検診 (1)

実施期間

～令和6年3月30日(土)

対象者

松本市に住民票がある40歳以上(S59.04.01生以前)の方

※今年度、胸部レントゲン(センター検診・車検診)・肺がんCT検診を受診された方は受けられませんので、ご確認をお願いいたします。

受診券紛失の場合

予備のオレンジ色の受診券をご使用ください。

ただし、生活保護受給者の方は予備のオレンジ色の受診券は使用できませんので、健康づくり課(Tel34-3217)へお問い合わせいただくようご指導ください。

検診内容

- 胸部レントゲン検査(正面1方向)
- 喀痰細胞診検査
喀痰検査はB.I 600以上の方(喫煙指数 $B.I=1$ 日当たりの喫煙本数 \times 喫煙年数)
または喀痰希望者(受動喫煙が心配な方など)に実施してください。

自己負担額(税込)

- 一般(喀痰細胞診検査あり、なし共通)・・・840円
- 生活保護受給者・・・無料

6-1 肺がん検診 (2)

検査依頼方法について

1. 被保険者証によりご本人確認をしてください。
2. 受診票に必要事項を記入し、胸部レントゲン（正面、高圧1枚）を撮影してください。
喀痰検査を実施する場合は喀痰容器をお渡しく下さい。喀痰検査の実施の有無について、必ず受診票の あり なし のどちらかにチェックをお願いいたします。
3. 喀痰が提出された時点で、判読可能なレントゲン画像と肺がん受診票と受診券をご提出ください。※できるだけCD-Rでのご提出をお願いいたします。
(DICOM形式でのご提出をお願いいたします。CD-Rへの書き込み方法などは各メーカーにご確認ください。取り込みが出来ない場合がありますので、事前にテストとしてご提出いただくことをお勧めいたします。)

検査結果報告

検査結果は各施設において受診された方に直接ご説明ください。

肺がん検診は通年（4/1～3/31）の検診です。特定健診期間中（7/1～9/30）は受診者数が大幅に増え、結果をお返りするまでに時間を要します。実施時期をずらしていただけますと結果を比較的スムーズにお返しできますので、ご協力をお願いいたします。

7

骨粗鬆症
ふしめ検診

実施にあたって

7-1 骨粗鬆症ふしめ検診 (1)

実施期間

～令和6年3月30日(土)

対象者

松本市に住民票がある満40、45、50、55、60、65、70歳の女性の方

受診券紛失の場合

健康づくり課(Tel34-3217)へお問い合わせいただくようご指導ください。

検診内容

- 問診
- 骨量(骨密度)測定
…CXD法、DIP法、SXA法、DXA法、pQCT法又は超音波法のいずれかにより実施してください。

自己負担額(税込)

- 一般 1,400円
- 生活保護受給者 無料

検診方法について

1. 被保険者証によりご本人確認をしてください。
2. 骨粗鬆症受診票(4部複写)の太枠内を受診の方に記入いただいでください。
※検査法によっては妊娠されている方への影響があるので、確認をお願いいたします。

検診結果の判定

「骨粗鬆症予防マニュアル」(厚生労働省)に基づき、「異常なし」、「要指導」及び「要精検」に区分し、受診票にご記入ください。

- 1 「異常なし」 : 測定値が、原発性骨粗鬆症診断基準でいう若年成人女性の平均骨量(以下YAMという)90%以上の者
- 2 「要指導」 : 測定値が80%以上90%未満の者
- 3 「要精密検査」 : 測定値が80%未満の者(いわゆる骨量減少の者)

骨量測定結果には骨量、骨塩量もしくは骨密度測定値をご記入ください。

7-1 骨粗鬆症ふしめ検診 (2)

結果説明

受診票④（受診者用）と実施した検査結果があれば添付し、受診された方に渡してください。

請求書

受診票①（松本市提出用）・受診票②（医師会控え）に受診券を添付してください。

1ヶ月ごとまとめて、「骨粗鬆症検診請求書」にご記入いただき、松本市医師会事務局へ提出してください。

提出締め切り日は毎月10日です。