

令和6年度 福島市市民検診

問診票兼結果報告書記入の注意点

共通注意点

- 1 検診月日は記入されているか
- 2 本人記載の生年月日と年齢が正しいか保険証等で確認
- 3 生年月日記入欄の和暦に○がついているか
- 4 問診項目はすべて必須項目です
- 5 受診券シールは本人のものか、検診項目と合っているか
- 6 判定は記載されているか、検査結果と合っているか

①胃がん検診

*受診券に表記された検査方法と
実施した検査方法が一致している事

②大腸がん検診

③肺がん検診

④乳がん検診

⑤子宮頸がん検診

⑥前立腺がん検診

⑦肝炎ウイルス検診

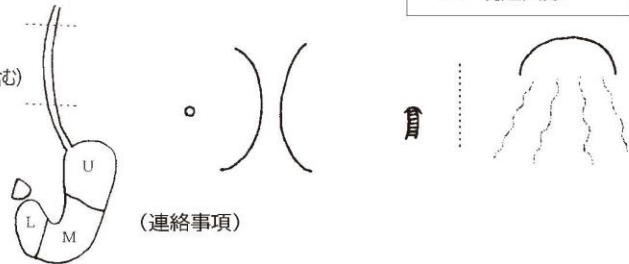
⑧骨粗鬆症検診

検診受診月日を忘れずに記入

福島市胃がん検診結果報告書

検診年月日	令和 年 月 日	受診券番号	
住所	福島市	受診券番号を間違いなく転記	
ふりがな		㊦ ()	
氏名	男 生年月日 大昭 年 月 日 女 年月日 (歳)	生年月日は和暦に○をつけ間違いなく記入	

読影委員会結果	診断名	読影不能
1. 胃がん又は疑い a 進行がん b 早期がん c 胃がん疑い 2. 胃潰瘍 3. 胃潰瘍癒痕 4. 胃ポリープ a 胃底腺 b 過形成 c その他 5. 萎縮性胃炎 a あり b なし (びらん性胃炎を含む) c 不明	6. 胃粘膜下腫瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍癒痕 9. 食道がん 又は 食道がん疑い 10. 食道炎 11. 食道 () 12. その他 () 14. 診断困難 (所見)	1. 要精検 2. 要治療 4. 要経過観察 5. 異常なし



読影済印欄	医療機関コード	
	医療機関名	医療機関コード・医療機関名、担当医師名、電話番号は必ず記入
	担当医師名	㊦ ()

自己負担金 1 有料 2 70・後 3 生保 4 非課税 No. _____

2枚目「②福島市へ」の受診券シール貼付欄に胃がん検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は再と記入する。受診券に印字された検査方法と実施検査方法がであることを確認する。

(受診券シール貼付)

<ul style="list-style-type: none"> 胃の病気で治療を受けたことがありますか。 <ol style="list-style-type: none"> 前に受けたことがある………病名 () 現在治療中である………病名 () 手術を受けたことがある………病名 () ない 胃の症状がありますか。 <ol style="list-style-type: none"> なし あり () ピロリ菌の有無の検査をしたことがありますか。 <ol style="list-style-type: none"> なし あり→陰性 陽性→除菌したことがありますか→1. なし 2. あり→(成功・不成功・不明) (年 月頃) 今まで胃がん検診を受けたことありますか。 <ol style="list-style-type: none"> なし あり→()年前→検査方法 a透視 b内視鏡 c胃鏡 dその他 e異常なし fポリープ gその他 () 	<p>記入漏れに注意</p>
--	----------------

検査方法は「1・2」のいずれかに○をつける
「2」の場合「生検」の有・無どちらかに○をつける

診断名は該当するものに○
「1」「4」「5」につけた場合「a・b・c」のいずれかにも○をつける

医療機関報告

<ul style="list-style-type: none"> 検査法 <ol style="list-style-type: none"> 透視 内視鏡 (生検-有・無) 診断名 (該当するものに○印) <table border="0"> <tr> <td>1. 胃がん又は疑い</td> <td>4. 胃ポリープ</td> <td>6. 胃粘膜下腫瘍</td> </tr> <tr> <td>a 進行がん</td> <td>a 胃底腺</td> <td>7. 十二指腸潰瘍</td> </tr> <tr> <td>b 早期がん</td> <td>b 過形成</td> <td>8. 十二指腸潰瘍癒痕</td> </tr> <tr> <td>c 胃がん疑い</td> <td>c その他</td> <td>9. 食道がん 又は 食道がん疑い</td> </tr> <tr> <td>2. 胃潰瘍</td> <td>5. 萎縮性胃炎</td> <td>10. 食道炎</td> </tr> <tr> <td>3. 胃潰瘍癒痕</td> <td>a あり</td> <td>11. 食道 ()</td> </tr> <tr> <td>(所見)</td> <td>b なし</td> <td>12. その他 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c 不明</td> <td>13. 異常なし</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>14. 診断困難</td> </tr> </table> 	1. 胃がん又は疑い	4. 胃ポリープ	6. 胃粘膜下腫瘍	a 進行がん	a 胃底腺	7. 十二指腸潰瘍	b 早期がん	b 過形成	8. 十二指腸潰瘍癒痕	c 胃がん疑い	c その他	9. 食道がん 又は 食道がん疑い	2. 胃潰瘍	5. 萎縮性胃炎	10. 食道炎	3. 胃潰瘍癒痕	a あり	11. 食道 ()	(所見)	b なし	12. その他 ()		c 不明	13. 異常なし			14. 診断困難
1. 胃がん又は疑い	4. 胃ポリープ	6. 胃粘膜下腫瘍																									
a 進行がん	a 胃底腺	7. 十二指腸潰瘍																									
b 早期がん	b 過形成	8. 十二指腸潰瘍癒痕																									
c 胃がん疑い	c その他	9. 食道がん 又は 食道がん疑い																									
2. 胃潰瘍	5. 萎縮性胃炎	10. 食道炎																									
3. 胃潰瘍癒痕	a あり	11. 食道 ()																									
(所見)	b なし	12. その他 ()																									
	c 不明	13. 異常なし																									
		14. 診断困難																									

自己負担金欄のつけまちがいに注意!
 「2 70・後」: 検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者
 「3 生保」: 生活保護受給者
 「4 非課税No.」: 市民検診の自己負担免除確認証を持参した方 ⇒ 確認証No.を必ず記入
 ※番号が若い方が優先される
 (例)検診当日70歳以上で生保か非課税の場合⇒「2 70・後」に○

2枚目「②福島市へ」の受診券シール貼付欄に大腸がん検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は(再)と記入する。

(受診券シール貼付)

福島市大腸がん検診結果報告書

検診月日	令和 年 月 日	受診券番号	
ふりがな	検診受診月日を忘れず記入	福島市	受診券番号を間違いなく転記
氏名		住所	
生年月日	大正 昭和 年 月 日	日生 (歳)	男・女 ㊦ ()

生年月日は和暦に○をつけ間違いなく記入

下記、太い枠内の質問事項に○をつけてください。

記入漏れに注意

		初回受診のみ SCORE 加算	SCORE	
検査歴	1	今まで大腸検診を受けたことがありますか 1. 初回受診 2. 1年前受診 3. 2年前受診 4. 3年前受診 5. 4年前受診 6. 不明 その時の結果 ①精検の必要なし ②要精密検査 〔1年以内に精密検査を受けたことがありますか〕 1) ない 2) ある (内視鏡/注腸) 結果 ()	0.5	
	家族歴	2	血のつながった人に大腸がんにかかった人がいますか 1. はい 2. いいえ <small>祖父母・父母・きょうだい・子供・おじ・おば</small>	0.5
	既往歴	3	大腸ポリープ、痔、大腸がんなど、大腸の病気といわれたことがありますか 1. はい 2. いいえ	0.5
	最近3カ月以内のようす	4	血便(赤い便、黒い便)に気づいたことがありますか 1. はい 2. いいえ	1
		5	便が細くなりましたか 1. はい 2. いいえ	1
		6	便の残った感じがありますか 1. はい 2. いいえ	0.5
7		腹部にしこりがふれますか 1. はい 2. いいえ	1	
8		腹痛がありますか 1. はい 2. いいえ	0.5	
	9	お腹ははりますか 1. はい 2. いいえ	0.5	
問診 SCORE 合計			点	

		採便月日	1	2	3
検診所見	便潜血検査	1回目 令和 年 月 日	+	±	-
		2回目 令和 年 月 日	+	±	-
		便潜血検査 SCORE 合計 (問診SCORE合計は加算しない)			点

※ 判定基準
 便潜血検査 SCORE の合計が1.0、
 0.5 以下の場合は精密検査の必要はありません。

同日採便は不可
 採便月日、合計スコアの記入もれに注意

判定

医療機関コード		判定	1	精密検査の必要はありません	
医療機関名	医療機関コード・医療機関名、担当医師名、電話番号は必ず記入		2	要精密検査	
担当医師名			自己負担金		
		1. 有料	2. 70・後	3. 生保	4. 非課税 No. _____

判定のつけ間違いに注意

自己負担金欄のつけまちがいに注意！
 「2 70・後」： 検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者
 「3 生保」： 生活保護受給者
 「4 非課税No.」： 市民検診の自己負担免除確認証を持参した方
 ⇒確認証No.を必ず記入
 ※番号が若い方が優先される
 (例)検診当日70歳以上で生保か非課税の場合⇒「2 70・後」に○

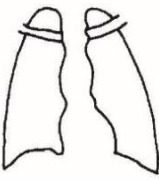
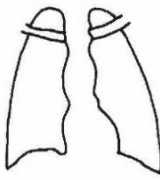
② 福島市へ

2枚目「②読影委員会経由福島市へ」の受診券シール貼付欄に肺がん
検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は(再)と記入する。

記入漏れに注意

福島市肺がん検診結果報告書

受診券シール貼付

検診月日	令和 年 月 日	受診券 番号																																
ふりがな			福島市	受診券番号を間違いなく転記																														
氏名	生年月日は 和暦に○をつけ間違いなく記入		住所	電話番号 ()																														
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	1. 男 2. 女																															
女性の方へお聞きします 妊娠中または妊娠の可能性がありますか			1. いいえ 2. はい																															
※現在、妊娠または妊娠している可能性のある方は、肺がん検診を受けることができません。																																		
肺がん検診を受けたことがありますか。 1. ない 2. ある (年 月) [異常なし/要精検(結果 検診以外に胸部写真を撮ったことがありますか。 1. ない 2. ある (年 月) [場所 所見]			自覚 症状	最近、体重が 1. 減った 2. 増えた 3. 変わらない 次の症状がありますか 1. ない 2. ある (せき たん 6ヶ月以内に血たん 息切れ 胸痛 声のかすれ その他)																														
家 族 歴	血縁者でがんになった人 1. いない 2. いる(続柄 病名)		職 歴	次の職業についてありますか 1. ない 2. ある (溶 接、石切り場、石 綿、カ トンネル工事、鑄 物、放射性 (従事期間 年間) カートリッジ1本 ↓ たばこ1本																														
	肺の病気をしたことがありますか 1. ない 2. ある (結核、胸膜炎、気管支炎、 肺炎、喘息、じん肺、珪肺、 胸部外傷、その他)		タ バ コ	たばこを吸いますか(加熱式タバコも含む) 1. 吸う 2. 以前吸っていた 3. 吸わない ↳たばこを止めたいと思っている 1. はい 2. いいえ __ 歳から吸っている __ 歳 ~ __ 歳 年間 __ 日の本数 __ 本 喫煙指数(1日の本数×喫煙年数) →																														
既 往 歴	胸部の手術をしたことがありますか 1. ない 2. ある		喀 痰 検 査	喀痰検査必要性 1. なし 2. あり(50歳以上で喫煙指数600以上) なし理由 喀痰検査実施の有無 1. なし 2. あり()																														
X線写真所見(一次医療機関判定)																																		
比較読影: 2. <input type="checkbox"/> あり (年 月) 1. <input type="checkbox"/> なし	判定を丸で囲んで		喀痰検査の必要性の有無について注意! 年度内50歳以上で喫煙指数600以上の場合のみ 「あり」に○をつける			指 導 区 分 再 提 出																												
スケッチ: 	1. a 読影不能 2. b 異常所見を認めない 3. c 異常所見を認めるが 精査を必要としない	スケッチ: 	2. <input type="checkbox"/> B 3. <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 1. 精検不要																														
	4. d 1 活動性結核 5. d 2 活動性非結核性病変 (肺炎、間質性肺炎など) 6. d 3 循環器疾患 7. d 4 その他 (縦隔腫瘍、胸膜疾患など)		4. <input type="checkbox"/> D1 5. <input type="checkbox"/> D2 6. <input type="checkbox"/> D3 7. <input type="checkbox"/> D4	<input type="checkbox"/> 2. 要精検																														
	8. e 1 肺癌の疑いを否定しえない 9. e 2 肺癌を強く疑う		8. <input type="checkbox"/> E1 9. <input type="checkbox"/> E2																															
コメント:			コメント:																															
<table border="1"> <tr> <td>喀痰検査結果</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>C</td> <td>D</td> <td>E</td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関コード</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療機関名</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>担当医師名</td> <td colspan="6">☎ ()</td> </tr> </table>							喀痰検査結果	A	B	C	D	E		医療機関コード							医療機関名							担当医師名	☎ ()					
喀痰検査結果	A	B	C	D	E																													
医療機関コード																																		
医療機関名																																		
担当医師名	☎ ()																																	
自己負担金欄のつけまちがいに注意! 「2 70・後」: 検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者 「3 生保」: 生活保護受給者 「4 非課税No.」: 市民検診の自己負担免除確認証を持参した方 ⇒確認証No.を必ず記入 ※番号が若い方が優先される (例)検診当日70歳以上で生保か非課税の場合⇒「2 70・後」に○			<table border="1"> <tr> <td>自己負担金</td> <td>1. 有料</td> <td>2. 70・後</td> <td>3. 生保</td> <td>4. 非課税 No. _____</td> </tr> </table>				自己負担金	1. 有料	2. 70・後	3. 生保	4. 非課税 No. _____																							
自己負担金	1. 有料	2. 70・後	3. 生保	4. 非課税 No. _____																														

福島市乳がん検診結果報告書

受診券番号を間違いなく転記

2枚目「②福島市へ」の受診券シール貼付欄に乳がん検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は(再)と記入する。「対象外」と印字されている場合は受診不可。

(受診券シール貼付)

【問診項目】あてはまるところを○で囲んで下さい

検診年月日	令和 年 月 日	受診券番号		前回受診歴	初めて・()年前	閉経状況	閉経前・閉経後(閉経 歳頃)
住所	福島市	〒 () ()	番 ()	前回の検査方法	視触診・マンモ	記入漏れに注意	妊
				前回の結果	異常なし・要精密検査(受けた・受けない)		セルフチェック
ふりがな		生年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)	乳腺手術歴	なし・あり(右・左・両側)(病名)	現在の症状	しこり 痛み 乳頭分泌
氏名				乳癌家族歴	なし・あり(母・姉・妹・娘)		なし・あり(右・左・両側)

※あなた様のがん検診の結果内容(精密検査も含む)は、精密検査の結果を基に医師が判断しますので、ご承知の上受診願います。

生年月日は和暦に○をつけ間違いなく記入

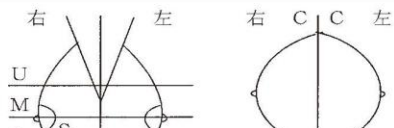
【マンモグラフィ所見】

		右	左
異常所見		なし・あり(腫瘍・石灰化・その他)	なし・あり(腫瘍・石灰化・その他)
腫瘍	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径()cm	長径()cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり 血管 その他()	なし・あり 血管 その他()
	微細石灰化	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
その他	分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
乳腺実質		梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
皮膚		陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
リンパ		腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
比較読影		1 あり()年()月	2 なし

【読影委員会結果】

		右	左
異常所見		なし・あり(腫瘍・石灰化・その他)	なし・あり(腫瘍・石灰化・その他)
腫瘍	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	大きさ	長径()cm	長径()cm
	形状	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形	円、楕円形・多角形・分葉状・不整形
	辺縁	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ	明瞭・微細分葉状・不明瞭・スピキュラ
	濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度	含脂肪・低濃度・等濃度・高濃度
石灰化	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
	良性石灰化	なし・あり 血管 その他()	なし・あり 血管 その他()
	微細石灰化	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状	微小円形・不明瞭・多形成・微細線状
その他	分布	びまん性・領域性・区域性・集簇性	びまん性・領域性・区域性・集簇性
	部位	U・M・L・S・X・W	U・M・L・S・X・W
乳腺実質		梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ	梁柱肥厚・管状影・非対称性乳腺組織 局所的非対称性陰影・構築の乱れ
皮膚		陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変	陥凹・乳頭陥凹・皮膚肥厚・皮膚病変
リンパ		腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節	腋窩リンパ節腫大・乳腺内リンパ節
乳腺の評価		脂肪性・乳腺散在・不均一高濃度・極めて高濃度	
比較読影		1 異常なし 2 要精密検査	
精密検査		MG・超音波・細胞診・針生検・微細石灰化生検・乳管造影・その他	

比較読影した際は、比較読影欄にいつの画像と比較したのかを記載すること



撮影方向・自己負担金欄のつけまちがいに注意！
 年度内 40歳代一方向 50歳以上二方向
 「2 70・後」： 検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者
 「3 生保」： 生活保護受給者
 「4 非課税No.」： 市民検診の自己負担免除確認証を持参した方
 ⇒ 確認証No.を必ず記入
 ※番号が若い方が優先される
 (例) 検診当日70歳以上で生保が非課税の場合⇒「2 70・後」に○

一方向・二方向

医療機関コード

医療機関名

担当医師名

医療機関コード・医療機関名、担当医師名、電話番号は必ず記入

自己負担金

1 有料 2 70・後 3 生保 4 非課税 No.

2枚目「②福島市へ」の受診券シール貼付欄に前立腺がん検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は(再)と記入する。「対象外」と印字ある場合受診不可。

福島市前立腺がん検診結果報告書

(受診券シール貼付)

検診月日	令和 年 月 日	受診券番号	
住所	福 検診受診月日を忘れずに記入	受診券番号を間違いなく転記	
ふりがな			
氏名	生年月日	昭和 年 月 日	(歳)
	生年月日は間違いなく記入		

つぎの質問にお答えください

検査歴	記入漏れに注意 今まで前立腺がん検診 (PSA検査) を受けたことがありますか	1. ない 2. ある (年 月) (PSA値 () □ 異常なし □ 要精検 (結果))
家族歴	血のつながった人に前立腺がんにかかった人がいますか	1. いいえ 2. はい (・父 ・祖父 ・兄弟)
自覚症状	(1) 尿がでにくくて困ることがありますか	1. なし 2. あり
	(2) 排尿回数が多くて困ることがありますか	1. なし 2. あり
	(3) 尿に血が混じることがありましたか	1. なし 2. あり
	(4) 排尿時に痛みがありますか	1. なし 2. あり
	(5) 腰、ペニス周囲に痛みがありますか	1. なし 2. あり
	(6) 排尿後残尿感がありますか	1. なし 2. あり
	(7) 尿失禁したことがありますか	1. なし 2. あり
	(8) その他 ()	

PSA検査所見

※判定基準 PSA検査値が4.00以上の場合要精密検査

所見	PSA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml	1. 精密検査の必要はありません 2. 要精密検査
			○をつける
医療機関コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	自己負担金	1. 有料
医療機関名	〒 ()		2. 70・後 3. 生保 4. 非課税 No. _____
担当医師名	医療機関コード、医療機関名、担当医師名、電話番号は必ず記入		

自己負担金欄のつけまちがいに注意!

「2 70・後」: 検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者

「3 生保」: 生活保護受給者

「4 非課税No.」: 市民検診の自己負担免除確認証を持参した方
⇒確認証No.を必ず記入

※番号が若い方が優先される

(例)検診当日70歳以上で生保か非課税の場合⇒「2 70・後」に○

② 福島市へ

2枚目「②福島市へ」の受診券シール貼付欄に肝炎ウイルス検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は「再」と記入する。「受診済」と印字がある場合受診不可。

福島市肝炎ウイルス検診結果報告書

(受診券シール貼付)

受診年月日	令和 年 月 日	受診券番号							
住所	検診受診月日を忘れずに記入		受診券番号を間違いなく転記			電話番号			
ふりがな			男・女	生年月日	T・S	年	月	日	(歳)
氏名				生年月日は 和暦に○をつけ間違いなく記入					

次の質問にお答え下さい。

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	*問診の結果、条件に合わない場合は、検査を受診することはできません。 *医師・医療機関より肝炎ウイルス検診の目的、及び検査内容等について説明を受け、理解のうえ検診を受診下さい。	
2. 過去に大きな手術(開胸・開腹手術など)を受けたことや、妊娠分娩(女性のみ)に多量の出血をしたことがありますか。	1) はい [年頃]	2) いいえ		
3. 質問2で、「はい」と答えられた方にお聞きします。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、B型又は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 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 [年頃]	2) いいえ	3) わからない	◎肝炎ウイルス検診対象者 (次の条件に該当する方) ①年度内に満40歳となる方 ②年度内で満41歳以上となる方で、過去に肝炎ウイルス検診に相当する検査を受けたことが 注意 ※ただし下記の方は受診できません。 ●質問4または5が「はい」で、B型C型の両方が☑の方 ●質問6で希望しない方・自署しない方
5. 現在及び過去に、B型又はC型肝炎の治療を受けていますか。	1) はい <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 [年頃]	2) いいえ	3) わからない	
6. 肝炎ウイルス検診の目的等を理解した上で、検診を希望しますか。希望する方は氏名を自署してください。	1) 希望する		2) 希望しない	
氏名				

肝炎ウイルス：肝炎対策の一環として、肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、市民自身が肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関で受診することにより、肝炎による健康障害を回避し、症状を進行を遅延させることを目的とする。

C型:ア)~ク)のいずれか1つに○をつける
B型:ケ)・コ)のいずれか1つに○をつける

判定 *実施した検査の該当するすべての結果・判定に○で囲んでください。

抗体検査	核酸増幅検査結果 (抗体検査で「イ」、ウ)の者)	判定
ア) 高力価 ①	キ) 陽性 ② ク) 陰性 ③	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。 抗体検査で「イ)または「ウ)」の人は必ず核酸増幅検査をし、結果を記入する
イ) 中力価		
ウ) 低力価		
エ) 陰性 ④		(③・④)
B型肝炎ウイルス検査	ケ) 陽性 (医療機関受診の必要あり)	コ) 陰性 (医療機関受診の必要なし)
精密検査先 (医療機関名)		

指導区分 ○をつける
1. 精密検査の必要はありません *判定基準
2. 要精密検査 C型肝炎ウイルス検査判定が①②の場合、もしくはB型肝炎ウイルス検査判定が陽性の場合には要精密検査となります。

医療機関コード		自己負担金
医療機関名	医療機関コード・医療機関名、 担当医師名、電話番号は必ず記入	1. 有料
担当医師名	☎ ()	2. 70・後 3. 生保 4. 非課税 No. _____

自己負担金欄のつけまちがいに注意!
「2 70・後」：検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者
「3 生保」：生活保護受給者
「4 非課税No.」：市民検診の自己負担免除確認証を持参した方
⇒確認証No.を必ず記入
※番号が若い方が優先される
(例)検診当日70歳以上で生保か非課税の場合⇒「2 70・後」に○

② 福島市へ

福島市骨粗鬆症検診問診票兼結果報告書

※あな 検診結果内容は精度向上及び保健活動に限り利用させていただきますのでご承知の上受診願います。

検診年月	令和 年 月 日	受診券番号	
氏名	昭和 平成 年 月 日 (歳)	受診券番号を間違いなく転記	
身長	cm	体重	kg
あてはまるものの番号や文字を○で囲んでください			
1) 骨粗鬆症検診は何回目ですか	() 回目		
2) 過去に治療を受けたり、現在治療中の病気やけがはありますか <small>※あてはまるものすべてを○で囲んでください</small>	1. 高血圧 2. 高脂血症 3. 糖尿病 4. 腎臓病 5. 肝臓病 6. 甲状腺・副甲状腺の病気・手術 7. 胃腸の病気・手術 8. 肺の病気・手術 9. 早期閉経 (45歳未満) 10. 子宮や卵巣の病気・手術、卵巣切除 → (両側・右のみ・左のみ) 11. 関節リウマチ 12. 骨粗鬆症 13. 骨折 → ①背骨 ②大腿骨 ③手首 ④その他		
3) ご両親は大腿骨近位部骨折をしたことがありますか	1. ない 2. ある <small>※大腿骨近位部骨折とは大腿骨の付け根の骨折です</small>		
4) 背中や腰の痛みはありますか	1. ない 2. ある		
5) 次の薬を常用していますか	1. ステロイド薬 2. カルシウム剤		
6) 喫煙の習慣はありますか	1. ない 2. 以前吸っていた → 1日 () 本 × () 年間 3. ある → 1日 () 本 × () 年間		
7) アルコールを飲む習慣はありますか <small>アルコール1単位とは</small>	1. ない 2. ある → ①1日3単位未満 ②1日3単位以上		
8) 日常生活の中で体をよく動かしていますか	1. 1回30分以上の運動を週4回以上続けている 2. 決まった運動はしていないが仕事で毎日のように体を動かしている 3. 時々動かすように心がけている 4. 全く心がけていない		
9) バランスのとれた食生活を心がけていますか	1. いつも心がけている 2. 時々心がけている 3. ほとんど心がけていない 4. まったく心がけていない		
10) 次の食べ物ほどの程度飲食していますか <small>※○で囲んでください</small>	1 牛乳 ①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない 2 乳製品 ①毎日 ②時々 ③ほとんど食べない 3 豆製品 ①毎日 ②時々 ③ほとんど食べない 4 小豆 5 色		

検診受診月日を忘れずに記入

生年月日は和暦に○をつけ間違いなく記入

身長、体重、回答欄の記入漏れに注意

自己負担金欄のつけまちがいに注意!

「2 70・後」： 検診当日70歳以上の方、後期高齢者医療被保険者
 「3 生保」： 生活保護受給者
 「4 非課税No.」： 市民検診の自己負担免除確認証を持参した方
 ⇒確認証No.を必ず記入

※番号が若い方が優先される

(例)検診当日70歳以上で生保か非課税の場合⇒「2 70・後」に○

2枚目「②福島市へ」の受診券シール貼付欄に骨粗鬆症検診受診券シールを貼る。再発行受診券(A4)の際は「再」と記入する。「対象外」と印字されている場合受診不可。

(受診券シール貼付)

◆検査方法

実施した検査法の□に☑を入れる。
DXA法の場合検査部位ごとのBMDを記載する。
測定装置メーカーはFRAXを出すために必要。

<input type="checkbox"/> DIP 法				
<input type="checkbox"/> DXA 法 (1か所)	測定装置メーカー			
<input type="checkbox"/> DXA 法 (腰椎+大腿骨)	① GE-Lunar ② Hologic ③ Norland ④ DMS ⑤ Medilink ⑥ MindwaysQCT ⑦ 日立アロカ ⑧ その他 ()			
検査部位	①腰椎	②大腿骨	③橈骨	④他 ()
骨密度 BMD (g/cm ³)				

◆検査結果 *複数箇所測定の場合は低値を記載

YAM 値	%	YAM値を記載(複数箇所測定の場合は低値を記載)し、該当する値の検診結果欄□に☑をつける。 自院で精検が実施できない場合は依頼書を記入し精検機関に案内する。自院で経過を見る又は治療をする等の場合は精密検査依頼書を使い市に報告する。
1. 異常なし <input type="checkbox"/> YAM90%以上		<small>長年、過度な運動、日光浴など日常生活に留意してください。 DIP 検査でこの判定の方は、DXA 法での再検査をお勧めします。</small>
2. 要指導 <input type="checkbox"/> YAM80%以上 90%未満 <input type="checkbox"/> YAM90%以上だが問診等で危険因子がある		
3. 要精検 <input type="checkbox"/> YAM80%未満		

骨粗鬆症は脊椎骨折や大腿骨近位部骨折をきたすことにより寝たきりになり健康寿命を短縮させてしまう病気です。そのため、骨粗鬆症の予防や適切な治療により骨折を予防することが健康寿命の伸延に大変重要です。

DXA 法 (大腿骨) で検査を受けた方は FRAX® で 10 年以内の骨粗鬆症により骨折する可能性を計算することができます。
FRAX® (fracture risk assessment tool) とは、WHO (世界保健機関) が開発した骨折リスク評価法です。WHO のサイトへアクセスし、質問に答えると自動算出されます。

医療機関コード	
医療機関名	医療機関コード・医療機関名、担当医師名、電話番号は必ず記入
担当医師名	
自己負担金	1. 有料 2. 70・後 3. 生保 4. 非課税 No.