福島市大腸がん検診実施要綱

（目　的）

第１条　この要綱は、健康増進法（平成１４年法律第１０３号）第１９条の２に基づき、大腸疾患の早期発見及び早期治療を促進し、市民の健康保持と増進を図ることを目的とする。

（対象者）

第２条　検診を受けることができる者は、本市に住民基本台帳法（昭和６２年法律第８１号）の住民基本台帳に登録を有し、４０歳（年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の者で市長が別に定めるものとする。

（実施回数）

第２条の２　実施回数は、原則として年１回とする。

（検診方法）

第３条　検診方法は、個別検診とする。

（個別検診）

第４条　個別検診は、市長が一般社団法人福島市医師会（以下「福島市医師会」という。）に委託し、福島市医師会に登録した大腸がん個別検診登録医療機関（以下「実施医療機関」という。）が実施するものとする。

２　実施期間及び検診項目は、市長が別に定めるものとする。

（実施報告）

第５条　実施医療機関は、受診者に検診結果を告知すると共に事後指導を行う。

２　実施医療機関は、大腸がん検診結果報告書により市長へ報告しなければならない。

（精度管理）

第６条　実施医療機関の担当医師は、実施医療機関を対象とした研修会や勉強会に参加し、便潜血検査による大腸がん検診の知識の向上と精度管理に努めなければならない。

（自己負担金の徴収）

第７条　検診に係る費用については、市長が別に定めるものとする。

（委託料金）

第８条　市長は、福島市医師会と業務委託契約を締結し支払うものとする。

（精密検診）
第９条　検診の結果、要精検者については、「精密検診」を実施する。

（事後指導）
第１０条　市長及び実施医療機関は、精密検査の対象者に対して必要に応じ指導するものとし、健康相談及び健康教育等他の保健事業と関連させ、事後の指導を行うものとする。

（補　則）
第１１条　この要綱に定めるもののほか、大腸がん検診の実施に必要な項目については、市長が別に定めるものとする。

附　則　この要綱は、平成　３年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成　４年６月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１０年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１１年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１２年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成１８年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成２０年７月１日から施行する。
附　則　この要綱は、平成２８年４月１日から施行する。
附　則　この要綱は、令和　３年４月１日から施行する。

福島市大腸がん検診（個別）実施要領

福島市大腸がん検診実施要綱に基づく大腸がん検診（医療機関個別方式）を福島市医師会に委託し、次の要領により実施する。

１　対象者

（１）福島市に住民登録を有する年度内４０歳以上の者で、職場等で受診機会のない者とする。実施回数は１人年１回とする。

（２）上記対象者のうち、大腸疾患による治療中の者は除く。

２　実施期間

実施期間は、毎年６月１日から１０月３１日までとする。

３　検査項目

(1)	問診	現症、既往歴、血便の有無状況等
(2)	便潜血検査	「大腸がん検診実施基準」により実施するものとする。

４　実施医療機関

検診を行う医療機関は、福島市医師会に登録した実施医療機関とする。なお、実施医療機関名は、市政だより等で周知するものとする。

５　検診料と自己負担金

検診料と自己負担金は別表の通り（消費税含む）とする。ただし、次の者は免除とする。

(1)満７０歳以上の者（検診当日７０歳の者も含む）、または６５歳以上で後期高齢者医療被保険者

(2)生活保護世帯の者（本人の申出による）

(3)市民税非課税世帯の者（自己負担金免除についての「確認証」により確認する）

別表

	検診料	自己負担金
大腸がん検診（個別）	2,770 円	600 円

６　申込み方法

対象者で検診を希望する者は、直接実施医療機関窓口に電話等で申し込みを行う。

７　実施方法

実施医療機関は次により実施する。

なお、検診受診時に福島市が作成する検診説明用リーフレットを受診者に配布するものとする。

①	申込みの受付	受診対象者であること及び保険診療にあたらないことを確認し、受診当日の留意事項・持参物を説明する。
②	受診券の確認	受診券シールを回収する。受診券シールがない場合は、受診券番号の確認、転記をする。
③	採便容器の配布	別紙〔１〕「大腸がん検診実施基準」で定める採便方法、採便後の検体保存について、チラシやリーフレット（採便キットの説明書など）を用いて受診者に説明する。
④	問診票の記入	様式〔１〕「福島市大腸がん検診問診票兼結果報告書①②③（以下「大腸がん検診結果報告書」という。）」を記入する。 受診券シールは「大腸がん結果報告書②福島市へ」に貼付し、受診券番号欄には番号を転記する。医療機関コード欄には、診療報酬明細書と同じ７桁の番号を記入する。
⑤	自己負担金の徴収	自己負担金を徴収し、「大腸がん検診結果報告書」の下欄「自己負担金」の１～４の該当番号を○で囲む。免除者の取扱いについては、実施要領別冊を参照し処理をする。
⑥	受診者への結果説明	「大腸がん検診結果報告書③」により、受診者に速やかに検診結果を説明するとともに、事後指導に努める。

８　実施報告

実施医療機関は、様式〔２〕「市民検診実施報告書」を記入し、１か月分の「大腸がん結果報告書②」と一緒に翌月１５日まで市に提出する。

９　精度管理

実施医療機関の担当医は、実施医療機関を対象とした研修会や勉強会に参加し、便潜血検査による大腸がん検診の知識の向上と精度管理に努める。

１０　記録の保存

検診結果は、少なくとも５年間保存しなければならない。

１１　その他

福島市、福島市医師会及び実施医療機関は、要精検者の受診勧奨を行う。また、実施医療機関は、次により精密検査を実施する。

①	精密検査の費用は保険診療とする。
②	・精密検査は別紙〔２〕「大腸がん精密検査実施要項」により実施するものとする。 ・検査法に応じて、[１]注腸レントゲン検査（様式〔４〕）と[２]内視鏡検査他（様式〔５〕）それぞれの報告書を使用する。 ・精密検査を実施しない医療機関は、精密検査実施医療機関（別紙〔３〕）に様式〔３〕「大腸がん精密検査依頼書」により精密検査を依頼する。他の精密検査実施医療機関を紹介するときも同様に取り扱う。
③	[１]注腸レントゲンを選択した場合、読影委員会に報告書とフィルムを提出する。読影後、①精密検査医療機関用、②一次医療機関へ、が返却される。②は一次医療機関へ送付する。 [２]内視鏡検査他を選択した場合、福島市に報告書を提出する。

④	「大腸がん」と診断がついた際は、様式〔６〕「大腸癌症例追跡調査票」を記入し、福島市に提出する。

附　則　この要領は、平成２９年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、平成３０年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、平成３１年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　２年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　３年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　４年　４月　１日より施行する。
附　則　この要領は、令和　５年　５月　１日より施行する。

様式〔1〕

福島市大腸がん検診問診票

検診月日	令和　　年　　月　　日	受診券番号	
ふりがな		住所	福島市　　〒　　－
氏名			
生年月日	大正　昭和　　年　　月　　日生（　　歳）	男・女	☎（　　）

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究など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。

下記、太い枠内の質問事項に○をつけてください。

			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（祖父母・父母・きょうだい・子供・おじ・おば）	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	＋（1）	±（0.5）	－（0）
		2回目　令和　年　月　日	＋（1）	±（0.5）	－（0）
		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以上の場合要精密検査となります。
0.5以下の場合は精密検査の必要はありません。

判定	
1	精密検査の必要はありません
2	要精密検査

医療機関コード
医療機関名
☎（　　）
担当医師名

自己負担金　1．有料　2.70・後　3．生保　4．非課税 No.

① 医療機関用

福島市大腸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		住所	福島市　　〒　　－
氏名			
生年月日	大正　昭和　　年　　月　　日生（　　歳）	男・女	☎（　　）

下記、太い枠内の質問事項に○をつけてください。

			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（祖父母・父母・きょうだい・子供・おじ・おば）	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	＋（1）	±（0.5）	－（0）
		2回目　令和　年　月　日	＋（1）	±（0.5）	－（0）
		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以上の場合要精密検査となります。
0.5以下の場合は精密検査の必要はありません。

判定	
1	精密検査の必要はありません
2	要精密検査

医療機関コード
医療機関名
☎（　　）
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 福島市へ

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		住所	福島市　　〒　　－
氏名			
生年月日	大正　昭和　　年　　月　　日生（　　歳）	男・女	☎（　　）

大腸がん検診の結果は下記のとおりです。

1．「精密検査の必要はありません」
　… 今回の便潜血検査が（－）でも大腸ポリープや、がんが存在しないということではありません。問診等により精密検査をお勧めする場合があります。また、来年度も検診を受けましょう。

2．「要精密検査」… 早めに精密検査を受けてください

〈精密検査受診時に必要なもの〉
①福島市大腸がん検診結果報告書
②健康保険証
③精密検査依頼書
（検診を受診した医療機関とは別の医療機関で受ける場合のみ必要となります。検診を受診した医療機関が発行するものです。）

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきます。

		採便月日	1	2	3
検診所見	便潜血検査	1回目　令和　年　月　日	＋（1）	±（0.5）	－（0）
		2回目　令和　年　月　日	＋（1）	±（0.5）	－（0）
		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以上の場合要精密検査となります。
0.5以下の場合は精密検査の必要はありません。

判定	
1	精密検査の必要はありません
2	要精密検査

医療機関コード
医療機関名
☎（　　）
担当医師名

市民検診担当
福島市森合町10番1号
福島市保健所
健康づくり推進課検診予防係　TEL 525－7680

③ 受診者へ

様式[2]

市民検診実施報告書（　　月分　）

年　　月　　日提出

	読影会月日（報告月内）	自己負担有(有料)件数 内視鏡	透視	小計	自己負担無(無料)件数 内視鏡	透視	小計	件数合計
胃がん検診	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	計							
大腸がん検診								

	読影会月日（報告月内）	自己負担金有（有料）件数	自己負担金無（無料）件数	件数合計
肺がん検診	月　日			
	月　日			
	月　日			
	月　日			
	月　日			
	計			

※喀痰細胞診検査は、喀痰細胞診検査機関（江東微研）からの福島市医師会への報告を以て実施報告とする。

肝炎ウイルス検診	B型抗原C型抗体			
	うちC型核酸実施			
骨粗鬆症検診	DXA法(腰椎+大腿骨) DXA法(1か所) DIP法	左欄に実施している検査方法に〇をつける		

	読影会月日（報告月内）	自己負担有(有料)件数 一方向	二方向	小計	自己負担無(無料)件数 一方向	二方向	小計	件数合計
乳がん検診	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	月　日							
	計							

医療機関コード　| | | | | | | |

医療機関名

担当者名

連絡先電話番号

福島市市民検診登録内容変更について〇をつけてください

有（裏面へ記入）　・　無

※ 0件 又は受診票添付なしの場合　FAX可
FAX　５２５-５７０１　添書不要

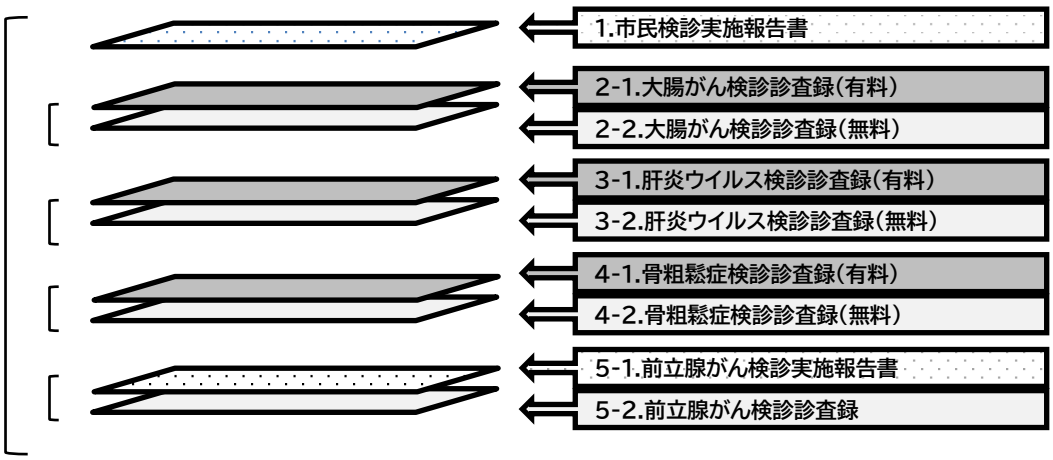
様式[2]

福島市市民検診登録内容変更届

登録内容について変更のあった部分のみ記入してください　　変更日　　年　　月　　日より

医療機関名	フリガナ				
代表者名	フリガナ				
所在地	〒　　－				
TEL	（　　）		FAX	（　　）	
医療機関コード	□□－□□□□・□ 以下7桁				
振込先	銀行名	□銀行 □信用金庫	支店名	□本店 □支店	
	口座区分	□普通　□当座	口座番号（右づめ）	□□□□□□□	
	口座名義	フリガナ			

医療機関から健康づくり推進課へ報告提出時の並べ方イメージ



【注意】
◇翌月15日まで提出願います。
◇胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診は、実施報告月内に読影実施されたもののみ対象です。

様式〔３〕

福島市大腸がん精密検査依頼書

病院・医院　　科御中

<table>
<tr><td>一次検診
受診月日</td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td><td>受診券番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="10">福島市
電話（　　）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">男
・
女</td><td rowspan="2">生年
月日</td><td colspan="5" rowspan="2">大　　年　　月　　日生
昭　　（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="11">一次検診所見</td></tr>
<tr><td rowspan="2">便潜血
検査</td><td colspan="3">１回目　令和　　年　　月　　日</td><td colspan="7">＋　　－</td></tr>
<tr><td colspan="3">２回目　令和　　年　　月　　日</td><td colspan="7">＋　　－</td></tr>
<tr><td colspan="11">**備　考**（既往歴・現症・その他）</td></tr>
</table>

＊必ず一次検診問診票控のコピーを添付願います。

依頼年月日　　年　　月　　日

医療機関名

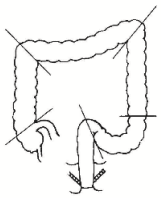
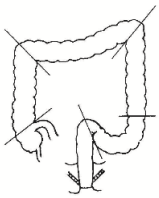
担当医師名

電話（　　）

様式〔4〕

福島市大腸がん検診精密検査結果報告書（1）（注腸レントゲン検査）

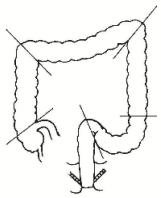
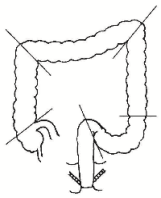
受診券番号		一次検診月日	令和　年　月　日
ふりがな		一次医療機関名	
受診者氏名		生年月日	T・S 年　月　日（　歳）
住所	〒 福島市	☎（　）	

精検月日	令和　年　月　日	
精検方法	2．注腸X－P　3．Sigmoidscopy＋注腸X－P　4．その他（　）	
診断名	医療機関報告 1．大腸がん a．進行がん b．早期がん c．大腸がん疑い 2．大腸ポリープ 3．大腸ポリープ疑い 4．大腸憩室 5．その他（　） 6．異常なし	読影委員会 1．大腸がん a．進行がん b．早期がん c．大腸がん疑い 2．大腸ポリープ 3．大腸ポリープ疑い 4．大腸憩室 5．その他（　） 6．異常なし 3．今後の方針 1）要精査（内視鏡、EUS、XP、その他） 2）要治療 3）経過観察 4）次年度検診 5）その他
所見		 読影済印欄
医療機関コード		記入月日　令和　年　月　日
精検医療機関名	☎（　）	担当医師名

① 精密検査医療機関用

福島市大腸がん検診精密検査結果報告書（1）（注腸レントゲン検査）

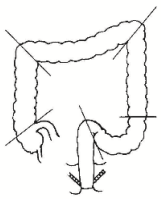
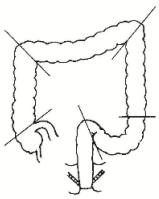
受診券番号		一次検診月日	令和　年　月　日
ふりがな		一次医療機関名	
受診者氏名		生年月日	T・S 年　月　日（　歳）
住所	〒 福島市	☎（　）	

精検月日	令和　年　月　日	
精検方法	2．注腸X－P　3．Sigmoidscopy＋注腸X－P　4．その他（　）	
診断名	医療機関報告 1．大腸がん a．進行がん b．早期がん c．大腸がん疑い 2．大腸ポリープ 3．大腸ポリープ疑い 4．大腸憩室 5．その他（　） 6．異常なし	読影委員会 1．大腸がん a．進行がん b．早期がん c．大腸がん疑い 2．大腸ポリープ 3．大腸ポリープ疑い 4．大腸憩室 5．その他（　） 6．異常なし 3．今後の方針 1）要精査（内視鏡、EUS、XP、その他） 2）要治療 3）経過観察 4）次年度検診 5）その他
所見		 読影済印欄
医療機関コード		記入月日　令和　年　月　日
精検医療機関名	☎（　）	担当医師名

② 一次医療機関用

福島市大腸がん検診精密検査結果報告書（1）（注腸レントゲン検査）

受診券番号		一次検診月日	令和　年　月　日
ふりがな		一次医療機関名	
受診者氏名		生年月日	T・S 年　月　日（　歳）
住所	〒 福島市	☎（　）	

精検月日	令和　年　月　日	
精検方法	2．注腸X－P　3．Sigmoidscopy＋注腸X－P　4．その他（　）	
診断名	医療機関報告 1．大腸がん a．進行がん b．早期がん c．大腸がん疑い 2．大腸ポリープ 3．大腸ポリープ疑い 4．大腸憩室 5．その他（　） 6．異常なし	読影委員会 1．大腸がん a．進行がん b．早期がん c．大腸がん疑い 2．大腸ポリープ 3．大腸ポリープ疑い 4．大腸憩室 5．その他（　） 6．異常なし 3．今後の方針 1）要精査（内視鏡、EUS、XP、その他） 2）要治療 3）経過観察 4）次年度検診 5）その他
所見		 読影済印欄
医療機関コード		記入月日　令和　年　月　日
精検医療機関名	☎（　）	担当医師名

③ 福島市へ

様式〔5〕

福島市大腸がん検診精密検査結果報告書〔2〕(内視鏡検査　他)

受診券番号		一次検診月日	令和　　年　　月　　日
ふりがな		一次医療機関名	
受診者氏名		生年月日	T・S　年　月　日(　　歳)
住所	〒　　☎(　　) 福島市		

精検月日	年　　月　　日
精検方法	1. Total colonoscopy　4. その他(　　)
診断名	1. 大腸がん a. 進行がん b. 早期がん c. 大腸がん疑い ※ aとbの場合は、別添の「大腸癌症例追跡調査票」にご記入ください。 2. 大腸ポリープ a. 腺腫性(直径10mm以上：有・無・不明) b. 非腺腫性 c. 組織型不明 3. 大腸ポリープ疑い 4. 大腸憩室 5. その他(　　) 6. 異常なし
今後の方針	1. 要精査(内視鏡、EUS、XP、その他) (病院名　　) 2. 要治療 (病院名　　) 3. 経過観察 4. 次年度検診 5. その他 所見
医療機関コード	記入月日　　年　　月　　日
精検医療機関名	☎(　　)　担当医師名

① 精密検査医療機関用

福島市大腸がん検診精密検査結果報告書〔2〕(内視鏡検査　他)

受診券番号		一次検診月日	令和　　年　　月　　日
ふりがな		一次医療機関名	
受診者氏名		生年月日	T・S　年　月　日(　　歳)
住所	〒　　☎(　　) 福島市		

精検月日	年　　月　　日
精検方法	1. Total colonoscopy　4. その他(　　)
診断名	1. 大腸がん a. 進行がん b. 早期がん c. 大腸がん疑い ※ aとbの場合は、別添の「大腸癌症例追跡調査票」にご記入ください。 2. 大腸ポリープ a. 腺腫性(直径10mm以上：有・無・不明) b. 非腺腫性 c. 組織型不明 3. 大腸ポリープ疑い 4. 大腸憩室 5. その他(　　) 6. 異常なし
今後の方針	1. 要精査(内視鏡、EUS、XP、その他) (病院名　　) 2. 要治療 (病院名　　) 3. 経過観察 4. 次年度検診 5. その他 所見
医療機関コード	記入月日　　年　　月　　日
精検医療機関名	☎(　　)　担当医師名

② 一次医療機関用

福島市大腸がん検診精密検査結果報告書〔2〕(内視鏡検査　他)

受診券番号		一次検診月日	令和　　年　　月　　日
ふりがな		一次医療機関名	
受診者氏名		生年月日	T・S　年　月　日(　　歳)
住所	〒　　☎(　　) 福島市		

精検月日	年　　月　　日
精検方法	1. Total colonoscopy　4. その他(　　)
診断名	1. 大腸がん a. 進行がん b. 早期がん c. 大腸がん疑い ※ aとbの場合は、別添の「大腸癌症例追跡調査票」にご記入ください。 2. 大腸ポリープ a. 腺腫性(直径10mm以上：有・無・不明) b. 非腺腫性 c. 組織型不明 3. 大腸ポリープ疑い 4. 大腸憩室 5. その他(　　) 6. 異常なし
今後の方針	1. 要精査(内視鏡、EUS、XP、その他) (病院名　　) 2. 要治療 (病院名　　) 3. 経過観察 4. 次年度検診 5. その他 所見
医療機関コード	記入月日　　年　　月　　日
精検医療機関名	☎(　　)　担当医師名

③ 福島市へ

様式[6]

福島市大腸がん検診　大腸癌症例追跡調査票

■受診者情報

ふりがな		性別	生年月日	検診時年齢
受診者氏名		□ 男 □ 女	□ 大正 □ 昭和　　年　　月　　日	歳

■一次検診

医療機関名

便潜血結果　1回目　□ ＋　□ －　□ ±
2回目　□ ＋　□ －　□ ±

受診年月日
年　　月　　日

受診歴　□ 初めて　□ １年前　□ ２年前
□ ３年前　□ 不明

■確定診断

最終診断名

診断年月日
年　　月　　日

■治療　※治療方法が複数の場合には主な治療方法を1つ選択する。
内視鏡的治療後に外科手術を行った場合には外科手術を選択する。

治療医療機関名

以下の項目は、治療方法で「外科手術」「腹腔鏡下手術」を選択した場合のみ回答

治療方法
- □ 外科手術（通常の開腹術）
- □ 腹腔鏡下手術　□ 内視鏡的ポリペクトミー
- □ 内視鏡的粘膜切除　□ 粘膜下層剥離術
- □ その他　（　　）
- □ 無治療　□ 不明

手術年月日
（内視鏡的治療も含む）　年　　月　　日

◎手術の種類
- □ 結腸切除　□ 直腸切除（肛門温存）
- □ 直腸切除（人工肛門造設）
- □ その他　（　　）　□ 不明

◎手術の根治度
□ RX　□ R0　□ R1　□ R2　□ 不明

■癌病巣数

□ 単発　□ 2個　□ ３個
□ ４個以上　□ 不明

■病巣部位

- □ 肛門管(P)　□ 上部直腸(Ra)
- □ 下部直腸(Rb)　□ 直腸S状部(RS)
- □ S状結腸(S)　□ 下行結腸(D)
- □ 横行結腸(T)　□ 上行結腸(A)
- □ 盲腸(C)　□ 虫垂(V)

■肉眼分類

基本分類
- □ ０型（表在型）
- □ １型　□ ２型　□ ３型
- □ ４型　□ ５型

0型(表在型)の肉眼分類
- □ Ⅰp型　□ Ⅰsp型　□ Ⅰs型
- □ Ⅱa型　□ Ⅱa+Ⅱc　□ Ⅱb型
- □ Ⅱc型　□ その他(　　＋　　)

■組織所見

大きさ
㎝

環周度
□ 1/3以下　□ 1/2以下　□ 3/4未満
□ 3/4以上　□ 全周　□ 不明

深達度
□ Tis（Dukes分類はAに分類）　□ T1　□ T2
□ T3　□ T4a　□ T4b　□ 不明

Dukes分類
□ A　□ B　□ C　□ D　□ 不明

リンパ節転移の有無
□ N0　□ N1　□ N2　□ N3　□ 不明

遠隔転移の有無
□ なし　□ あり　□ 不明

組織分類(※最も優位なものを選択する)
- □ pap　□ tub1　□ tub2　□ por
- □ muc　□ sig　□ その他　□ 不明

Stage
- □ 0　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅱc
- □ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅲc
- □ Ⅳa　□ Ⅳb　□ Ⅳc　□ 不明

報告日
年　　月　　日

医療機関名

医師名

（2022.06）

別紙〔1〕

大腸がん検診実施基準

１　便潜血検査

（１）検査法

便潜血検査は、免疫便潜血検査２日法（ラテックス法など）を用いる。

※１検体のみの場合については、委託料の支払いは行わないものとする。

（２）測定用キット

検診実施医療機関で準備するものとする。（上記（１）の検査法を踏まえたものとすること。）

（３）採便方法

①　採便用具（スティックなど）を配布し、自己採便とする。（使用期限を経過した容器の配布、使用することがないよう注意すること）

②　採便は検査日当日と前日あるいは前日とその１日前で行うのが望ましい。

③　女性の場合、月経中の採便は血液が混入する危険性があるため行わない。

２　検体の取り扱い

（１）検体の回収及び保存

①２検体目採取の即日回収が望ましいが、不可能な場合でも短期間での回収に努める。

②検体回収時及び回収後の温度管理には十分注意し、以下の方法で保存する。なお、郵送による検体回収は温度管理ができないことから行わない。

ア　受診者は、採便後は検体を冷蔵庫あるいは冷所に保存するものとする。

イ　実施医療機関は、検体回収後、検査を行うまでの期間（検査機関に委託する場合は、引き渡すまでの期間）は、検体を冷蔵保存するものとする。

ウ　検査機関は、検体受領後冷蔵保存するものとする。

（２）検体の測定

測定方法は用手法または自動分析装置法とする。なお、検体回収後速やかに※測定するものとする。

※原則として、検体回収後 24 時間以内に測定とする。検体提出数が多かった場合はこの限りではない。

３　判定基準

便潜血検査のスコアによる判定とし、問診スコアは加算しない。

なお、問診スコアが１．０点以上の場合は、医療機関での検査※を勧めることが望ましい。

※問診スコアにて精密検査を行った場合も、精密検査結果報告書を提出下さい。

（１）精密検査の必要なし

便潜血検査スコア合計が０．５点以下

（２）要精密検査

便潜血検査スコア合計が１．０点以上

別紙〔２〕

大腸がん精密検査実施要項

福島市医師会検診委員会

１　精密検査実施医療機関の条件

内視鏡検査が可能な医療機関とする（当面は注腸レントゲン検査も可とする）。

２　精密検査の検査法

精密検査の第一選択は、「全大腸内視鏡検査」とする。「全大腸内視鏡検査」の実施が困難な場合に限っては、「Ｓ状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査（二重造影法）」の併用による精密検査等を実施する。

ただし、「Ｓ状結腸内視鏡検査と注腸Ｘ線検査（二重造影法）」の併用による精密検査等の実施にあたっては、十分な精度管理の下で、注腸エックス線検査の専門家により実施する。

なお、上記の検査法での実施が困難であると認められる場合は、医師の判断により他の方法により実施するものとする。

※再度の便潜血検査は行わないものとする。

３　被検者への精検結果の説明及び事後指導

一次医療機関と協議のうえ徹底することとし、その告知については一次医療機関が行うものとする。

４　精密検査結果の報告

精密検査を実施した場合は、原則翌年３月末日までに福島市へ報告するものとする。

ただし、期間内に実施が困難な場合については、それ以降も積極的な精密検査の実施に努め、精密検査実施後、随時報告するものとする。

５　その他

（１）注腸レントゲン検査は、別紙〔３〕「注腸Ｘ線検査・撮影部位と順序」を目安として撮影する。

（２）異常が疑わしいときには、追加撮影すること。

（３）その他は、胃Ｘ線撮影にあたっての留意点に準ずること。

注腸X線検査・撮影部位と順序

部　位	方　向	体　位	分割	枚数	撮影コマ
1)直　腸	正面(前壁)	腹臥位	1	3	4
	左側面	左側臥位	1／2		
	右側面	右側臥位	1／2		
	正面(後壁)	背臥位	1		
2)S状結腸	第1斜位	背臥位	1	3	3
	正面	背臥位	1		
	第2斜位	背臥位	1		
3)横　行	正面	背臥位	1	5	6
	第1斜位	背臥位	1		
4)左結腸曲	第2斜位	背臥位(半立位)	1		
5)下　行	第2斜位	背臥位	1／2		
	第2斜位	腹臥位	1／2		
6)右結腸曲	第1斜位	背臥位(半立位)	1		
7)上　行	第1斜位	背臥位	1／2	2	6
	第1斜位	腹臥位	1／2		
8)盲腸付近	正面	背臥位	1／4		
	第1斜位	背臥位	1／4		
	圧迫正面	背臥位(半立位)	1／4		
	圧迫正面	腹臥位(半立位)	1／4		
			13枚		19コマ

別紙[4]

令和６年度　大腸がん検診精密検査実施医療機関名簿

医療機関名	所　在　地	電話番号	内視鏡	注腸
ｉひふ・大腸　いがり弘之由美子クリニック	福島市笹木野字中西裏18-5	558-2323	○	
荒井胃腸科内科	福島市泉字泉川3-1	558-2577	○	
岩﨑消化器科内科医院	福島市丸子字沢目33-3	554-5841		○
大原綜合病院	福島市上町6番1号	526-0300	○	
おおひら内科クリニック	福島市森合字台15-1	534-6336	○	
おぐらじクリニック内科小児科消化器科	福島市小倉寺字中田31	523-4155	○	
上松川診療所	福島市北沢又字番匠田5	558-1111		○
かんの消化器科外科医院	福島市山口字雷20	533-3801	○	○
菊池クリニック	福島市花園町7-31	535-4091		○
済生会福島総合病院	福島市大森字下原田25	544-5171	○	○
笹木野みやけ内科外科	福島市笹木野字中小屋16-2	559-1511	○	
さとう胃腸科内科	福島市鳥谷野字宮畑93-3	545-8668	○	○
さとうクリニック内科・消化器内科	福島市方木田字中屋敷1-1	545-6111	○	
宍戸医院	福島市瀬上町字幸町8	553-5010	○	
しのぶ病院	福島市大森字高畑31番地	546-3311	○	
須川診療所	福島市野田町１丁目12-72	531-6311		○
すぎやま内科内視鏡クリニック	福島市渡利字舟場20	563-3363	○	
すずきクリニック	福島市松川町字桜内7-2	567-2661	○	
せのうえ健康クリニック	福島市瀬上町字四斗蒔1-6	554-5757		○
高野医院内科消化器内科	福島市笹谷字寺町14-3	573-9863	○	
天神橋クリニック	福島市渡利字天神27の1	528-1155	○	
なかむら外科内科クリニック	福島市宮下町15-18	535-7518	○	
のだまち胃と腸のクリニック	福島市野田町6丁目2-39	563-7872	○	
福島西部病院	福島市東中央3丁目15番地	533-2121	○	○
福島赤十字病院	福島市八島町7－7	534-6101	○	○
福島セントラルクリニック	福島市早稲町8番22号	522-7701	○	
福島第一病院	福島市北沢又字成出16-2	557-5127	○	
藤原消化器内科医院	福島市大平寺字過吹14-5	545-3300	○	
ふれあいクリニックさくらみず	福島市笹谷字塗谷地20-1	559-2664	○	
松川中央医院	福島市松川町字土腐8	567-3355	○	
南東北福島病院	福島市荒井北三丁目1-13	593-5100	○	○
村島医院	福島市飯坂町字東堀切8	542-2131	○	
八子医院	福島市桜木町1-27	534-4850	○	
八子胃腸科内科クリニック	福島市八島町2-3	533-1215	○	
わたり病院健診センター	福島市渡利字中江町34	522-3446	○	
福島県立医科大学附属病院	福島市光が丘1番地	547-1111		