

福島市前立腺がん検診実施要綱

(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、前立腺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、55歳以上74歳以下（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。）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2年に1回とする。

(検診方法)

第3条 検診方法は、個別検診及び集団検診とする。

(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前立腺がん検診登録医療機関（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。

(集団検診)

第5条 集団検診は、市長が公益財団法人福島県保健衛生協会（以下「保健衛生協会」という。）に委託し、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。

(個別検診実施報告)

第6条 個別検診において実施医療機関は、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、前立腺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。

(集団検診実施報告)

第7条 集団検診において保健衛生協会は、国民健康保険特定健康診査結果報告書（連名簿）に結果を記載し、国民健康保険特定健康診査結果通知書（個人通知用）と共に市長へ報告しなければならない。

2 市長は前項の報告を受けた時は、検診結果を国民健康保険特定健康診査結果通知書（個人通知用）により速やかに受診者へ通知するものとする。

(精度管理)

第8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、診断技術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9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10条 市長は、福島市医師会及び保健衛生協会と業務委託契約を締結し支払うものとする。

(事後指導)

第11条 福島市医師会及び実施医療機関は、精密検査の対象者に対しては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12条 この要綱に定めるもののほか、前立腺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19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。

福島市前立腺がん検診（個別）実施要領

前立腺がん検診実施要綱に基づく前立腺がん検診（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し、年度内55歳以上74歳以下の前年度未受診の者で、職場等で受診機会のない者とする。実施回数は2年に1回とする。
- (2) 上記対象者のうち、下記の者は除く。
 - ア 前立腺疾患による治療中の者
 - イ 前立腺全摘術後の者

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

問診・PSA検査

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
前立腺がん検診（個別）	3,340円	700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で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。

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	問診票の記入	様式〔1〕「福島市前立腺がん検診問診票兼結果報告書①②③（以下「前立腺がん検診結果報告書」という。）」を記入する。受診券シールは「前立腺がん結果報告書②福島市経由医師会へ」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。
④	自己負担金の徴収	自己負担金を徴収し、「前立腺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。免除者の取り扱いについては、実施要領別冊を参照し処理をする。
⑤	受診者への結果説明	「前立腺がん結果報告書③受診者へ」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（前立腺がん検診）」を記入のうえ、1か月分の「前立腺がん結果報告書②福島市経由医師会へ」と一緒に翌月15日まで福島市に提出する。

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、診断技術の向上と精度管理に努める。

10 記録の保存

問診記録、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	精密検査実施医療機関（別紙〔1〕）は、直腸指診、超音波検査、経直腸的音波ガイド下生検を原則とした、最低6ヶ所（左右各3ヶ所）の系統的生検を行う医療機関とし、医師の判断により、適切な検査を行うものとする。
②	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に様式〔3〕「福島市前立腺がん検診精密検査依頼書」により精密検査を依頼する。
③	精密検査の費用は、保険診療とする。
④	精密検査を実施した医療機関は、検査結果を様式〔3〕「精密検査結果報告書」により一次医療機関と福島市へ報告すること。

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。

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	福島市 _____ ()		
ふりがな	_____		
氏 名	生年月日	昭和 年 月 日	(歳)

つぎの質問にお答えください。

検査歴	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 () <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 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以上の場合要精査検査

所見	PSA <input type="text"/> . <input type="text"/> ng/ml	1. 精密検査の必要はありません 2. 要精査検査
医療機関コード	<input type="text"/>	自己負担金
医療機関名	()	<input type="checkbox"/> 1. 有料
担当医師名	()	<input type="checkbox"/> 2. 70歳 3. 生保 4. 非課税 No. _____

福島市 ④ 福島市医師会

福島市前立腺がん検診問診票

検診月日	令和 年 月 日	受診券番号	_____
住 所	福島市 _____ ()		
ふりがな	_____		
氏 名	生年月日	昭和 年 月 日	(歳)

※あなたの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、ご承諾の上受診願います。

つぎの質問にお答えください。

検査歴	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 () <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 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以上の場合要精査検査

所見	PSA <input type="text"/> . <input type="text"/> ng/ml	1. 精密検査の必要はありません 2. 要精査検査
医療機関コード	<input type="text"/>	自己負担金
医療機関名	()	<input type="checkbox"/> 1. 有料
担当医師名	()	<input type="checkbox"/> 2. 70歳 3. 生保 4. 非課税 No. _____

福島市 ① 医療機関用

福島市前立腺がん検診結果報告書

検診月日	令和 年 月 日	受診券番号	_____
住 所	福島市 _____ ()		
ふりがな	_____		
氏 名	生年月日	昭和 年 月 日	(歳)

※あなたの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。

前立腺がん検診の結果は下記のとおりです。
 「要精密検査」の場合… 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福島市前立腺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。)

福島市前立腺がん検診精密検査実施医療機関名

医療機関名(担当科)	電話番号	備 考
大原総合病院	526-0300	PSAとは前立腺から血液中に放出される前立腺特異抗原と呼ばれる腫瘍マーカーで、“がん”を発見するきっかけになる指標です。
大森中央泌尿器科・内科・外科クリニック	546-3725	
お産はら泌尿器と腎のクリニック	515-3717	
済生会福島総合病院	544-5171	この値が高いほど、“がん”である可能性が高くなりますが、そのほかの原因でも高くなる場合があります。
腎・泌尿器科クリニックさかみ	553-6911	
泌尿器科・皮膚科・内科 北町丹治医院	522-5911	
福島腎泌尿器クリニック	557-1815	
福島赤十字病院	534-6101	※判定基準 血液検査によるPSA検査値が4.00以上の場合要精査検査となります。
福島南循環器科病院	546-1221	
横田泌尿器科	533-9388	
福島県立医科大学附属病院(泌尿器科)	547-1230	

PSA検査所見

所見	PSA <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
医療機関コード	<input type="text"/>	市民検診担当
医療機関名	()	福島市総合町10番1号
担当医師名	()	福島市保健所
		保健予防課検診予防係
		☎ 525-7680

福島市 ④ 受診券用

様式〔2〕

市民検診実施報告書
前立腺がん検診

_____月分

令和 _____年 _____月分の報告する件数は、下記のとおりです。
なお、「福島市前立腺がん検診結果報告書」を別添のとおり提出いたします

検 診 項 目	自己負担(有料) 件 数	自己負担(無料) 件 数	件数計
前立腺がん検診 実施件数			



口座情報に変更がある場合は記入してください。

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。

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫				支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店				
	口座区分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号 (右づめ)							
	口座名義	フリガナ									

令和 _____年 _____月 _____日

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名

担当者名

連絡先電話番号

様式〔3〕

福島市前立腺がん検診精密検査依頼書

依頼月日：令和 年 月 日

精密検査実施医療機関 様

下記の方は、福島市前立腺がん検診の結果、精密検査が必要と思われるので、精密検査（保険診療）をお願いします。なお、精密検査の結果を「精密検査結果報告書」にご記入の上、当院へ送達くださいますようお願いいたします。

受診券番号	一次検診月日	令和 年 月 日
ふりがな	一次検診結果	PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
受診者氏名	生年月日	昭和 年 月 日 年齢 歳
住 所	〒 () 福島市	
医療機関コード	担当医師名	
一次医療機関名	〒 ()	

1枚目は一次医療機関で保管してください。
受診者には②③④の3枚をお渡しください。

② 一次医療機関宛

福島市前立腺がん検診精密検査依頼書

依頼月日：令和 年 月 日

精密検査実施医療機関 様

下記の方は、福島市前立腺がん検診の結果、精密検査が必要と思われるので、精密検査（保険診療）をお願いします。なお、精密検査の結果を「精密検査結果報告書」にご記入の上、当院へ送達くださいますようお願いいたします。

受診券番号	一次検診月日	令和 年 月 日
ふりがな	一次検診結果	PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
受診者氏名	生年月日	昭和 年 月 日 年齢 歳
住 所	〒 () 福島市	
医療機関コード	担当医師名	
一次医療機関名	〒 ()	

福島市前立腺がん検診精密検査結果報告書

精 査 月 日	令和 年 月 日		
検査方法	□1. PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml □2. 直腸指診 (DRE) 1. 異常なし 2. 前立腺肥大症 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺がん 5. その他 () □3. 超音波検査 (TRUS) 低エコー-域の有無 1. 無 2. 有 □4. 前立腺生検 1. 実施 (6分測生検 () 分測生検 ()) 2. 実施せず (理由 ())		
分 割 生 検 結 果	部位 (組織診断)		
組 織 型	1. 悪性所見なし 2. 高分化腺がん 3. 中分化腺がん 4. 低分化腺がん 5. 分化度分類不能腺がん 6. その他 (UC, SCC)		
Gleason score			
診 断 結 果	1. 異常なし 2. 前立腺肥大症 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺がん 5. その他 ()	今後の方針	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療 () 4. 紹介 (紹介先 ())
備 考			
医療機関コード	記入月日	令和 年 月 日	
精査実施機関名	担当医師名	印	

③ 精密検査実施機関宛

福島市前立腺がん検診精密検査依頼書

依頼月日：令和 年 月 日

精密検査実施医療機関 様

下記の方は、福島市前立腺がん検診の結果、精密検査が必要と思われるので、精密検査（保険診療）をお願いします。なお、精密検査の結果を「精密検査結果報告書」にご記入の上、当院へ送達くださいますようお願いいたします。

受診券番号	一次検診月日	令和 年 月 日
ふりがな	一次検診結果	PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
受診者氏名	生年月日	昭和 年 月 日 年齢 歳
住 所	〒 () 福島市	
医療機関コード	担当医師名	
一次医療機関名	〒 ()	

福島市前立腺がん検診精密検査結果報告書

精 査 月 日	令和 年 月 日		
検査方法	□1. PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml □2. 直腸指診 (DRE) 1. 異常なし 2. 前立腺肥大症 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺がん 5. その他 () □3. 超音波検査 (TRUS) 低エコー-域の有無 1. 無 2. 有 □4. 前立腺生検 1. 実施 (6分測生検 () 分測生検 ()) 2. 実施せず (理由 ())		
分 割 生 検 結 果	部位 (組織診断)		
組 織 型	1. 悪性所見なし 2. 高分化腺がん 3. 中分化腺がん 4. 低分化腺がん 5. 分化度分類不能腺がん 6. その他 (UC, SCC)		
Gleason score			
診 断 結 果	1. 異常なし 2. 前立腺肥大症 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺がん 5. その他 ()	今後の方針	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療 () 4. 紹介 (紹介先 ())
備 考			
医療機関コード	記入月日	令和 年 月 日	
精査実施機関名	担当医師名	印	

④ 一次医療機関宛

福島市前立腺がん検診精密検査依頼書

依頼月日：令和 年 月 日

精密検査実施医療機関 様

下記の方は、福島市前立腺がん検診の結果、精密検査が必要と思われるので、精密検査（保険診療）をお願いします。なお、精密検査の結果を「精密検査結果報告書」にご記入の上、当院へ送達くださいますようお願いいたします。

受診券番号	一次検診月日	令和 年 月 日
ふりがな	一次検診結果	PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml
受診者氏名	生年月日	昭和 年 月 日 年齢 歳
住 所	〒 () 福島市	
医療機関コード	担当医師名	
一次医療機関名	〒 ()	

福島市前立腺がん検診精密検査結果報告書

精 査 月 日	令和 年 月 日		
検査方法	□1. PSA値 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ng/ml □2. 直腸指診 (DRE) 1. 異常なし 2. 前立腺肥大症 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺がん 5. その他 () □3. 超音波検査 (TRUS) 低エコー-域の有無 1. 無 2. 有 □4. 前立腺生検 1. 実施 (6分測生検 () 分測生検 ()) 2. 実施せず (理由 ())		
分 割 生 検 結 果	部位 (組織診断)		
組 織 型	1. 悪性所見なし 2. 高分化腺がん 3. 中分化腺がん 4. 低分化腺がん 5. 分化度分類不能腺がん 6. その他 (UC, SCC)		
Gleason score			
診 断 結 果	1. 異常なし 2. 前立腺肥大症 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺がん 5. その他 ()	今後の方針	1. 異常なし 2. 経過観察 3. 要治療 () 4. 紹介 (紹介先 ())
備 考			
医療機関コード	記入月日	令和 年 月 日	
精査実施機関名	担当医師名	印	

④ 福島市へ

令和5年度 前立腺がん検診精密検査実施医療機関

医療機関名 (担当科)	担当医師	電話番号 (内線)	予約	診療時間等							
				時間	月	火	水	木	金	土	日
大原総合病院 (泌尿器科)	吉田 純也 榎田 信博 横山 純	526-0300	完全 予約	午前	○	○	○	○	○	○	○
				午後							
大森中央泌尿器科内科外科 クリニック	横田 崇	546-3725	無	午前	○	○	○	○	○	○	○
				午後							18:00まで
おぎはら泌尿器と腎のクリニック (泌尿器科)	萩原 雅彦	572-7587	完全 予約	午前			○				
				午後							
済生会福島総合病院 (泌尿器科)	鈴木 孝行	544-5171 (内 235)	完全 予約	午前	○	○	○	○	○	○	○
				午後							
腎・泌尿器科クリニックさがみ	坂上 善成	553-6911	無	午前	○	○	○	○	○	○	○
				午後							
泌尿器科・皮膚科・内科 北町丹治医院	丹治 進	522-5911	無	午前	○	○	○	○	○	○	9:00~ 13:00
				午後							
福島腎泌尿器クリニック	熊谷 研 熊谷郁太郎	557-1815	無	午前	○	○	○	○	○	○	第1-3-5 のみ
				午後							
福島赤十字病院	片岡 政雄 滝波 瑠璃子	534-6101	完全 予約	午前	○	○	○	○	○	○	○
				午後							
福島南循環器科病院 (泌尿器科)	鎌田 竜彦	546-1221	無	午前	○	※	○	○	○	○	○
				午後							
横田泌尿器科	横田季士	533-9388	無	午前	○	○	○	○	○	○	○
				午後							

受付は30分前まで
変更になることあり
必ず事前にお問い
合わせください。

受付は
30分前まで

受付は(AM・PM)
30分前までにお願
いします。

※火曜受診時は
事前にお問合せ
下さい

福島市前立腺がん検診（個別）実施要領 新旧対照表

改正案	改正前												
<p>1 対象者</p> <p>(2) 上記対象者のうち、下記の者は除く。</p> <p>ア 前立腺疾患による治療中の者</p> <p>イ 前立腺全摘術後の者</p> <p>5 検診料と自己負担金</p> <p>別表</p> <table border="1" data-bbox="181 612 981 732"> <thead> <tr> <th></th> <th>検診料</th> <th>自己負担金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>前立腺がん検診（個別）</td> <td>3,340円</td> <td>700円</td> </tr> </tbody> </table> <p>附 則</p> <p><u>この要領は、令和 5年 5月 1日より施行する。</u></p>		検診料	自己負担金	前立腺がん検診（個別）	3,340円	700円	<p>1 対象者</p> <p>(2) 上記対象者のうち、下記の者は除く。</p> <p>ア 当年度において集団検診で受診した者</p> <p>イ 前立腺疾患による治療中の者</p> <p>ウ 前立腺全摘術後の者</p> <p>5 検診料と自己負担金</p> <p>別表</p> <table border="1" data-bbox="1200 612 1928 732"> <thead> <tr> <th></th> <th>検診料</th> <th>自己負担金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>前立腺がん検診（個別）</td> <td>3,380円</td> <td>600円</td> </tr> </tbody> </table>		検診料	自己負担金	前立腺がん検診（個別）	3,380円	600円
	検診料	自己負担金											
前立腺がん検診（個別）	3,340円	700円											
	検診料	自己負担金											
前立腺がん検診（個別）	3,380円	600円											