

市民検診実施報告書 (月分)

様式[2]表

令和 年 月 日提出

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

大腸がん検診			
---------------	--	--	--

肺がん検診	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
	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。

ルス検査 肝炎検査	B型抗原C型抗体		
	うちC型核酸実施		

症骨粗鬆症 検査	DXA法(腰椎+大腿骨)		
	DXA法(1か所)、DIP法		

乳がん検診	読影会月日 (報告月内)	自己負担有(有料)件数			自己負担無(無料)件数			件数合計
		一方向	三方向	小計	一方向	三方向	小計	
	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

連絡先電話番号

福島市市民検診登録内容変更について○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

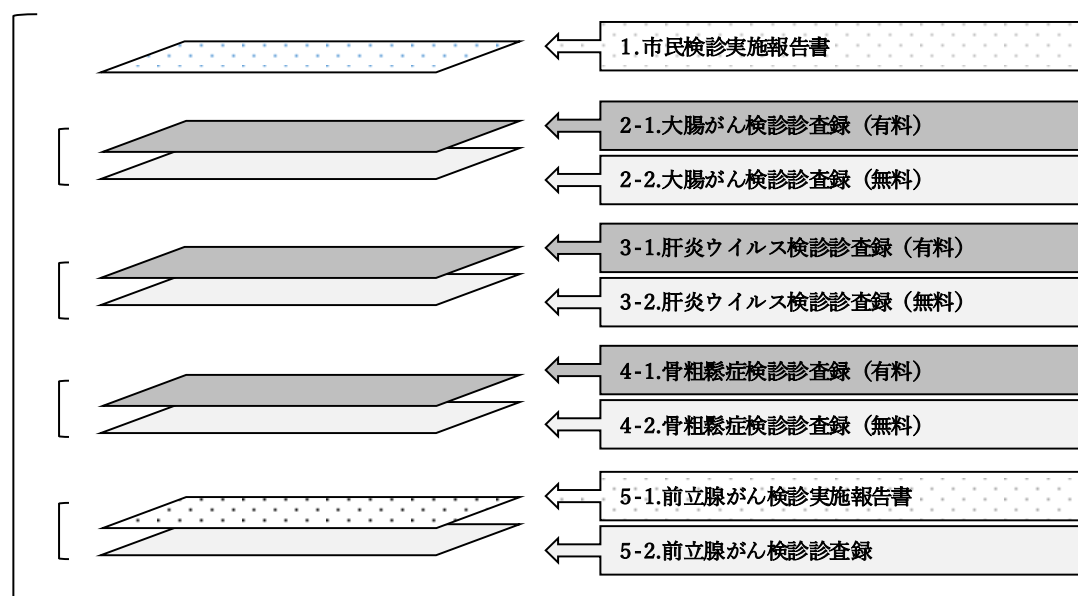
FAX 525-5701 添書不要

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	ふりがな									
代表者名	ふりがな									
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		ふりがな							

医療機関から保健予防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。