

## 川崎市大腸がん検診委託事業実施要綱

### (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及び健康増進法施行規則（平成15年4月30日厚生労働省令第86号）第4条の2に基づく健康増進事業として、大腸がんの早期発見を図るため、大腸がん検診（以下「検診」という。）を行うことにより、市民の健康保持及び向上に資することを目的とする。

### (受診対象者)

第2条 検診を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、本市に住所を有し、かつ年齢40歳（年度内に対象年齢に達する者を含む。）以上の者とする。ただし、保険者等が行う医療保険各法その他の法令に基づいた当該検診を受けることができる者については、対象者から除くものとする。

### (受診回数)

第3条 同一の対象者が検診を受けることができる回数は、各年度に1回とする。

### (実施主体等)

第4条 検診の実施主体は川崎市とし、これを川崎市医師会に委託し、第5条第2項に規定する登録医療機関において実施するものとする。

### (医療機関の登録)

第5条 市内の医療機関が検診を実施する医療機関として登録を受けようとするときは、川崎市がん検診等登録医療機関申請書（第1号様式）により、川崎市医師会長を經由して市長に申請しなければならない。この場合において、医療機関の開設者は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書（第1号様式の2）を川崎市医師会長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定により、川崎市医師会長から推薦があった場合には、当該医療機関を大腸がん検診実施医療機関として登録（以下「登録医療機関」という。）するものとする。

3 市長は、登録医療機関に対し、川崎市がん検診等実施医療機関登録書（第2号様式）及び「川崎市がん検診登録医療機関表示用プレート」（以下「プレート」という。）を交付する。

4 登録医療機関は、検診を実施するにあたりプレートを医療機関内の受診者の目につきやすい場所に掲示しなければならない。

（登録の変更・辞退等）

第6条 登録医療機関の開設者は、登録した事項を変更するとき又は辞退するときは、川崎市医師会長を経由して、川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届（第3号様式）を市長に提出しなければならない。

（検診手続き）

第7条 検診を受けようとする者は、検診を実施する登録医療機関（以下「実施登録医療機関」という。）において川崎市大腸がん検診申込書・記録票（第4号様式）を記入し、提出しなければならない。

（費用の額）

第8条 検診の費用の額は、市長が別に定めるものとする。

2 検診の結果、精密検査に要した費用は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）によるものとする。

（費用の負担等）

第9条 検診に要した費用の負担は、次の各号に定めるところによる。

- （1）受診者及び市長は、前条第1項の規定に基づき算定した額を負担し、そのうち受診者が負担する額は、「健康増進法第19条の2による健康増進事業に関する要綱（平成20年3月31日19川健健第1766号）

」別表に規定する一部負担金（以下「一部負担金」という。）とし、市長はその残額を負担する。ただし、同要綱第5条の規定により一部負担金を免除する場合は、市長が前条第1項の規定に基づき算定した額を負担する。

(2) 実施登録医療機関は、一部負担金を、当該受診者から検診を実施する際に徴収するものとする。

(3) 前条第2項に規定する費用については受診者が負担することを基本とし、この要綱により実施する大腸がん検診委託事業において市長は当該費用を負担しない。

(検診項目)

第10条 検診の項目は、次の各号のとおりとする。

(1) 問診

(2) 免疫便潜血検査2日法

(検査基準)

第11条 前条に定める検査基準は、別表1による。

(記録)

第12条 実施登録医療機関は、その結果を第4号様式に記録するものとする。

2 実施登録医療機関の開設者は、費用の請求を行う際、川崎市がん検診等委託料請求書（第5号様式）に第4号様式を添付し、市長に請求するものとする。

(検診結果の判定)

第13条 検診結果の判定区分は、次の各号のとおりとする。

(1) 異常なし・精密検査不要

(2) 大腸がんの要精密検査

(検診結果の通知及び事後指導)

第14条 検診結果は、実施登録医療機関において、川崎市大腸がん検診結果票（第4号様式の3）をもって受診者に速やかに通知し、適切な指導を行わなければならない。

2 実施登録医療機関は、受診者のうち、前条第2号に該当すると認めた者（以下「要精検者」という。）に対し、精密検査紹介状（第7号様式）に必要な事項を記入するとともに、別に定める市内の精密検査登録医療機関を紹介しなければならない。ただし、要精検者が精密検査受診医療機関を特定する場合等においては、市外とすることができるものとする。

3 精密検査登録医療機関は、精密検査を実施した者の当該結果を川崎市大腸がん検診精密検査結果報告書（第6号様式）により市長に報告するものとする。

4 実施登録医療機関は、検診実施後3か月以内に精密検査受診の有無が不明な場合には、実施登録医療機関が要精検者に対し、精検受診の有無及び結果等に関する照会を行わなければならない。また、精密検査未受診者に対しては、精密検査の受診勧奨を行わなければならない。

（精密検査結果等の調査）

第15条 市長は、精密検査実施医療機関に対し、必要に応じて精密検査結果等について調査を行う。

（事業の周知）

第16条 事業の周知は、国民健康保険における特定健診対象者へのチラシ送付によるほか、市政だより、ポスター、ホームページ、地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所）事業等によって行い、広く市民に徹底するよう努めるものとする。

（費用の請求及び支払い）

第17条 実施登録医療機関の開設者は、検診に要した費用のうち第9条第

1号の規定にする市長が負担する額を第5号様式により、原則として、検診を実施した月の翌月の15日までに市長に請求するものとする。

2 前項の請求は、別表2に定める窓口に提出するものとする。

3 市長は、前2項による請求があったときは、速やかにその内容を審査し、川崎市医師会を経由して実施登録医療機関に支払うものとする。この場合、市長は請求があった月の翌々月の18日までに川崎市医師会に支払うものとする。

(検診記録等の保存)

第18条 第4号様式は、医師法（昭和23年法律第201号）第24条第2項の規定に準じ、実施医療機関において検診を実施した日から起算して5年間保存しなければならない。

2 前項については、電子媒体による保存に代えることができる。

(委任)

第19条 この要綱の実施について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

(川崎市大腸がん検診（節目健診）実施要領の廃止)

2 川崎市大腸がん検診（節目健診）実施要領は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

(東日本大震災に伴う特例)

- 2 東日本大震災の被災により災害救助法(昭和22年法律第118号)の適用を受けた地域の方々(以下「被災者」という。)が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等がかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成23年3月11日から当分の間、第2条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「東日本大震災の被災により災害救助法(昭和22年法律第118号)の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難しているの方々であり」と読み替えるものとする。

また、その他被災地域からの避難者等、一定の配慮を要する者として健康福祉局長が認めた場合においても、対象者として同様に取り扱うことができる。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成24年12月3日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、

当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成 25 年 11 月 19 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 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

(施行期日)

1 この要綱は、平成 28 年 4 月 14 日から施行する。

(平成 28 年熊本地震に伴う特例)

2 平成 28 年熊本地震の被災により災害救助法(昭和 22 年法律第 118 号)の適用を受けた地域の方々が、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している場合において、震災後の生活実態等をかんがみ、避難者の健康増進に資するため、平成 28 年 4 月 14 日から当分の間、第 2 条の規定を準用する。この場合において、同条中「本市に住所を有し」とあるのは「平成 28 年熊本地震の被災により災害救助法(昭和 22 年法律第 118 号)の適用を受けた地域の方々のうち、一時的に居住地のある市町村から本市へ避難している方々であり」と読み替えるものとする。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、  
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、  
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、  
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、  
当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和6年12月2日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

この要綱は、令和7年2月19日から施行し、令和7年1月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、決裁日から施行し、令和7年11月1日から適用する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、

当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

別表 1 (第 11 条関係)

検 査 基 準	
1 診	察 1 回
2 便潜血検査	
(1) 免疫便潜血検査 2 日法で行う。	
(2) 測定法は、ラテックス法・R-PHA 法等による。	
(3) 測定対象は、ヒトヘモグロビンとする。	
(4) 採便方法は、スティック法・その他とする。	

別表 2（第 17 条関係）

提 出 窓 口
健康福祉局保健医療政策部健康増進課
川崎区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
幸区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
中原区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
高津区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
宮前区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
多摩区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課
麻生区役所地域みまもり支援センター（福祉事務所・保健所支所） 地域支援課

# 川崎市がん検診等登録医療機関申請書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市 長

医療機関 所在地 .....  
名 称 .....  
開設者 .....  
T E L .....  
TEL

川崎市の各がん検診等委託事業実施要綱の規定に基づき、

- 肺がん検診       大腸がん検診       胃がん検診  
 子宮がん検診       乳がん検診       骨粗しょう症検診

登録医療機関として申請します。

肺がん検診      診療科目 .....  
胸部エックス線装置 種類 ..... 形式 .....

大腸がん検診      診療科目 .....  
検診項目 [ 問診、免疫学的便潜血検査2日法 ]

胃がん検診      診療科目 .....  
検査方法 (該当する番号に○印をつける)

(1) 胃エックス線検査      装置 種類 ..... 形式 .....

(2) 上部消化管内視鏡検査      装置 種類 ..... 形式 .....

子宮がん検診      診療科目 .....

乳がん検診      診療科目 .....  
検診項目 [ 問診、マンモグラフィ ]

マンモグラフィ      製造元 ..... 形式 .....

骨粗しょう症検診      診療科目 .....  
検査方法 (該当する番号に○印をつける)

(1) DXA法 [腰椎測定]      (2) DXA法 [その他]      (3) 改良型MD法

(4) SXA法      (5) PQCT法      (6) 超音波法

注) 本申請書は、川崎市がん検診等登録医療機関推薦願書を添えて川崎市医師会長に提出してください。



## 川崎市がん検診等実施医療機関登録書

医療機関 所在地.....  
名 称.....  
開設者.....

川崎市の各がん検診等実施要綱の規定に基づき、

- |   |                                 |                                 |                                   |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| { | <input type="checkbox"/> 肺がん検診  | <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 | <input type="checkbox"/> 胃がん検診    |
|   | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 | <input type="checkbox"/> 乳がん検診  | <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診 |

登録医療機関として登録します。

### 胃がん検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- (1) 胃部エックス線検査
- (2) 上部消化管内視鏡検査

### 骨粗しょう症検診

登録した検診項目（該当する番号に○印）

- (1) DXA法〔腰椎測定〕
- (2) DXA法〔その他〕
- (3) 改良型MD法
- (4) SXA法
- (5) pQCT法
- (6) 超音波法

令和 年 月 日

川崎市長

印

# 川崎市がん検診等登録医療機関登録事項変更（辞退）届

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市 長

医療機関 所在地.....  
名 称.....  
開設者.....  
TEL.....

川崎市の

- 肺がん検診      大腸がん検診
- 胃がん検診      (胃部エックス線検査、上部消化管内視鏡検査)
- 子宮がん検診      乳がん検診      骨粗しょう症検診

登録医療機関として登録した事項を変更したいので、届け出いたします。

## 1 変更、辞退の区別

- (1) 変 更
- (2) 辞 退

## 2 変更する場合にあっては、その内容

辞退する場合にあっては、その期日

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

注) 本変更（辞退）届は川崎市医師会長に提出してください。

※市記入欄

# 川崎市大腸がん検診申込書・記録票

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん
------	--

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個人個人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	川崎市 区				電話		

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1 血縁者で「がん」にかかった人はいますか ( )には部位を記入してください。 1 いない 2 いる (1) 父母( ) (2) 兄弟姉妹( ) (3) おじ・おば( )
2 いままで、次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある (1) 胃・十二指腸・食道の病気 (胃潰瘍 ポリープ その他) いつ⇒( 年 月頃) (2) 大腸の病気 (ポリープ 潰瘍 憩室 大腸炎 腫瘍 その他) いつ⇒( 年 月頃) (3) 肛門の病気 (いぼ痔 痔ろう 切れ痔 その他) いつ⇒( 年 月頃)
3 腹部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある(病名 )
4 現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある(病名 )
5 最近6か月くらいの排便はいかがですか (1) 下痢気味 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ) (2) 便秘気味 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ) (3) 便秘と下痢を繰り返す 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ) (4) 便が細い 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ) (5) ねばねばした粘液がつく 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ) (6) 便に血がまじる 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ) (7) 便が黒い 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)
6 最近体重が変化しましたか 1 変わらない 2 増えた 3 減った ( kg)
7 過去5年間に大腸の検査を受けたことがありますか 1 ない 2 ある ( 前回 年 月頃、場所( ) ) (1)検査方法 (イ)大腸の透視 (ロ)内視鏡 (ハ)検便 (ニ)その他( ) (2)検査結果 (イ)異常なし (ロ)異常あり 病名( )

※要精密検査となった場合は、精密検査(大腸内視鏡検査など)を受けることが大切です。 理解しました。

免疫学的便潜血検査		
1 回目	2 回目	判定
1. 陰性 2. 陽性 3. 検体不良	1. 陰性 2. 陽性 3. 検体不良	1. 陰性 2. 陽性 3. 判定不能
総合判定	1 異常なし・精密検査不要 2 大腸がんの要精密検査	2 の (1)自院で精密検査を実施 場 合 (2)他院を紹介 (医療機関名 )
	判定医師名	
医師のコメント		

検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送
備考:

## 川崎市大腸がん検診申込書・記録票

※ 受診される方へ：太枠の中を強くお書きください。

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診	<input type="checkbox"/> 肺がん
------	-------------------------------	------------------------------

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個人個人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名	カナ氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	川崎市 区			電話	

次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲んでください。

1	血縁者で「がん」にかかった人はいますか ( )には部位を記入してください。	
	1 いない 2 いる (1) 父母( ) (2) 兄弟姉妹( ) (3) おじ・おば( )	
2	いままでに、次の病気をしたことがありますか 1 ない 2 ある	
	(1) 胃・十二指腸・食道の病気 (胃潰瘍 ポリープ その他) いつ⇒( 年 月頃)	
	(2) 大腸の病気 (ポリープ 潰瘍 憩室 大腸炎 腫瘍 その他) いつ⇒( 年 月頃)	
	(3) 肛門の病気 (いぼ痔 痔ろう 切れ痔 その他) いつ⇒( 年 月頃)	
3	腹部の手術をしたことがありますか 1 ない 2 ある(病名 )	
4	現在治療中の病気はありますか 1 ない 2 ある(病名 )	
5	最近6か月くらいの排便はいかがですか	
	(1) 下痢気味 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
	(2) 便秘気味 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
	(3) 便秘と下痢を繰り返す 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
	(4) 便が細い 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
	(5) ねばねばした粘液がつく 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
	(6) 便に血がまじる 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
	(7) 便が黒い 1 ない 2 ある (いつも 時々 まれ)	
6	最近体重が変化しましたか 1 変わらない 2 増えた 3 減った ( kg)	
7	過去5年間に大腸の検査を受けたことがありますか	
	1 ない 2 ある ( 前回 年 月頃、場所( ) )	
	(1)検査方法 (イ)大腸の透視 (ロ)内視鏡 (ハ)検便 (ニ)その他( )	
	(2)検査結果 (イ)異常なし (ロ)異常あり 病名( )	

※要精密検査となった場合は、精密検査(大腸内視鏡検査など)を受けることが大切です。  理解しました。

免疫学的便潜血検査		
1 回目	2 回目	判 定
1. 陰 性	1. 陰 性	1. 陰 性
2. 陽 性	2. 陽 性	2. 陽 性
3. 検体不良	3. 検体不良	3. 判定不能
総合判定	1 異常なし・精密検査不要	2 の (1)自院で精密検査を実施
	2 大腸がんの要精密検査	⇒ 場 合 (2)他院を紹介 (医療機関名 )
	判定医師名	
医師のコメント		

検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日	受診者署名
医師記載欄 来院しないので <input type="checkbox"/> 結果を郵送 <input type="checkbox"/> 医師が本人に電話説明した後、結果を郵送	
備考:	

## 川崎市大腸がん検診結果票

受診年月日	令和 年 月 日	診査機関名	
一部負担金	1. 有 2. 無	一部負担金「2. 無」の場合の理由	1. 生保 2. 非課税 3. 70歳以上

同日実施	<input type="checkbox"/> 特定健診 <input type="checkbox"/> 肺がん
------	--

受診される方の検診情報を検診の精度管理、がん研究などの目的のために使用させていただく場合があります。個々人の検診情報が漏れることはありません。

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)
住所	川崎市 区					電話	

## 大腸がん検診結果のお知らせ

検診結果を下記のようにお知らせします。○印が該当項目です。

## 1. 異常なし・精密検査不要

今回の検診では便潜血反応による異常所見は認められません。  
今後も毎年、定期的に検診を受けてください。

※大腸にがんがあっても必ず陽性になるとはかぎりません。  
下血、便通異常等の症状があったら、早めに医療機関で受診してください。

## 2. 大腸がんの要精密検査

今回の検診結果では、さらに詳しい検査を受ける必要があります。  
この『大腸がん検診結果票』『紹介状』『精密検査結果報告書』『健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等』を持参のうえ、ただちに下記の医療機関で精密検査を受けてください。

※すべての方に病気があるわけではなく異常のない方もたくさんいます。  
また、がん以外の病気も発見できますので、必ず精密検査を受けてください。  
※精密検査は、全大腸内視鏡検査が第1選択となります。また、全大腸内視鏡検査が困難な場合は、S状結腸内視鏡検査と注腸エックス線検査の併用が次善の選択となります。なお、便潜血検査の再検査は不適切です。

なお、精密検査の結果は、川崎市や関係医療機関で共有させていただきます。

以後の検査や診療は保険診療となりますので、必ず健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカード又は資格確認書等をご持参ください。

(注意) 大腸がん検診は、死亡率減少効果が科学的に認められていますが、検診で必ずがんを見つけられるわけではありません。

また、がんがなくても検診の結果が「陽性」となる場合があります。

※ 大腸がんはわが国のがんによる死亡原因の上位に位置しています。

今後ともご自身の健康を守るために、年1回は検診をお受けください。

※ この検診結果票は、健康管理のために必ず保管し、次回受診時にお持ちください。

※ 何か不明な点がございましたら、今回受診した医療機関でおたずねください。

総合判定	1 異常なし・精密検査不要	2 の	(1)自院で精密検査を実施
	2 大腸がんの要精密検査	⇒ 場 合	(2)他院を紹介 (医療機関名 )
	判定医師名		
医師のコメント			

検診結果について、説明・指導を受けました。令和 年 月 日 受診者署名

医師記載欄 来院しないので  結果を郵送  医師が本人に電話説明した後、結果を郵送

備考:

## 川崎市がん検診等委託料請求書

令和    年    月    日

(あて先) 川崎市長

医療機関コード

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

所在地

名称

開設者

令和    年    月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区分	請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決定額	
	件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初診料							
	胸部エックス線検査							
	喀痰検査							
	小計							
大腸がん検診	初診料							
	免疫学的便潜血検査							
	小計							
胃がん検診	初診料							
	胃部エックス線検査							
	胃部内視鏡検査							
	小計							
子宮がん検診	初診料							
	頸部のみ							
	頸部+体部							
	頸部+体部(採取不能)							
	コルポスコピー							
	小計							
乳がん検診	初診料							
	マンモグラフィ							
	小計							
骨粗しょう症検診	初診料							
	DXA法による腰椎測定							
	MD法・SXA法等							
	超音波法							
	小計							
合計								

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進課に提出してください。  
 ※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 翌月15日までが提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。  
 ※ 前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。  
 また、過年度分は別途処理させていただきます。

# 川崎市がん検診等委託料請求書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市 市長

医療機関コード

--	--	--	--	--

所在地

名称

開設者

令和 年 月中にがん検診等(医療機関実施)に要した費用として、次のとおり請求します。

区分	請求額(自己負担金あり)			請求額(自己負担金無し)			決定額	
	件数	単価(税込み)	金額	件数	単価(税込み)	金額	件数	金額
肺がん検診	初診料							
	胸部エックス線検査							
	喀痰検査							
	小計							
大腸がん検診	初診料							
	免疫学的便潜血検査							
	小計							
胃がん検診	初診料							
	胃部エックス線検査							
	胃部内視鏡検査							
	小計							
子宮がん検診	初診料							
	頸部のみ							
	頸部+体部							
	頸部+体部(採取不能)							
	コルポスコピー							
	小計							
乳がん検診	初診料							
	マンモグラフィ							
	小計							
骨粗しょう症検診	初診料							
	DXA法による腰椎測定							
	MD法・SXA法等							
	超音波法							
	小計							
合計								

- 注(1) 太線内のみ記入してください。
- (2) 請求書は2枚1組です。 1枚目にすべての申込書・記録票を添付して健康福祉局健康増進課に提出してください。  
 ※ 2枚目は切り離し、医療機関控としてお手元で保管ください。提出は不要です。
- (3) 翌月15日までに提出期限です。過ぎた場合には翌々月分として処理させていただきます。
- (4) 複数月分をまとめて請求する場合は、請求書は1部で結構です。  
 ※ 前年度分の請求は、本年度分と分け、従来の請求書を用いて、別途請求書を作成してください。  
 また、過年度分は別途処理させていただきます。

# 川崎市大腸がん検診精密検査結果報告書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

[ 精密検査実施医療機関 ] 住 所  
名 称  
医師名

川崎市大腸がん検診委託事業実施要綱第14条第3項の規定に基づき、次のとおり  
要精検者の結果を報告します。

### 一次検診実施医療機関 記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		性 別	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	川崎市 区						

医療機関名  
住 所  
一次検診実施日 令和 年 月 日

○精密検査年月日 令和 年 月 日

#### ○検査方法

1. 全大腸内視鏡検査
2. S状結腸内視鏡検査+注腸エックス線検査
3. その他 ( )

○病理診断 (1. 有り 2. 無し)

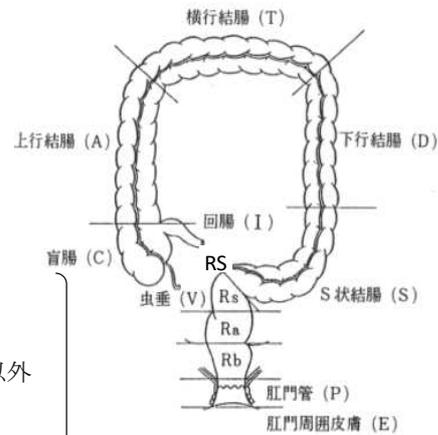
○ポリペクトミー (1. 有り 2. 無し)

#### ○診 断

1. 異常なし
2. (転移性を含まない) 大腸がん で 進行がん
3. (転移性を含まない) 大腸がん で 早期がん で粘膜内がん以外
4. (転移性を含まない) 大腸がん で 早期がん で粘膜内がん
5. 大腸がんの疑い もしくは 未確定
6. 大腸腺腫 (aかbに○をつけてください)  
a. 大腸腺腫 (10mm以上) b. 大腸腺腫 (10mm未満)
7. (転移性を含む) その他の大腸がん または右のc~i  
⇒右のc~iに該当する場合は○をつけてください。(複数選択可)
8. 未受診

#### (部 位)

病変部位に○印を記入してください



- |                     |
|---------------------|
| a. 大腸腺腫(10mm以上)     |
| b. 大腸腺腫(10mm未満)     |
| c. 大腸ポリープ           |
| d. 大腸粘膜下腫瘍 e. 大腸潰瘍  |
| f. 大腸憩室 g. 大腸炎 h. 痔 |
| i. その他              |

※ 所 見

.....  
.....

# 川崎市大腸がん検診精密検査結果報告書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

[ 精密検査実施医療機関 ] 住 所  
 名 称  
 医師名

川崎市大腸がん検診委託事業実施要綱第14条第3項の規定に基づき、次のとおり  
 要精密検査の結果を報告します。

### 一次検診実施医療機関 記入欄

漢字 氏名		カナ 氏名		性 別	男・女	生年 月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	川崎市 区						

医療機関名  
 -----  
 住 所  
 -----  
 一次検診実施日 令和 年 月 日

○精密検査年月日 令和 年 月 日

○検査方法

1. 全大腸内視鏡検査
2. S状結腸内視鏡検査+注腸エックス線検査
3. その他 ( )

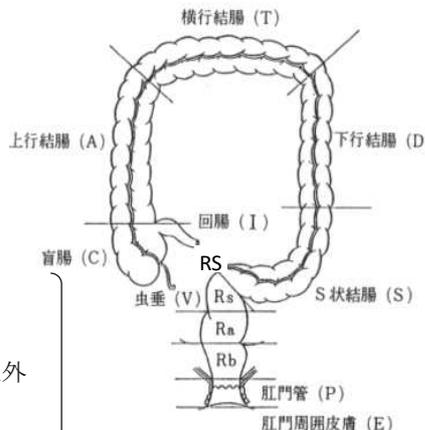
○病理診断 (1. 有り 2. 無し)

○ポリペクトミー (1. 有り 2. 無し)

○診 断

1. 異常なし
2. (転移性を含まない) 大腸がん で 進行がん
3. (転移性を含まない) 大腸がん で 早期がん で粘膜内がん以外
4. (転移性を含まない) 大腸がん で 早期がん で粘膜内がん
5. 大腸がんの疑い もしくは 未確定
6. 大腸腺腫 (aかbに○をつけてください)  
 a. 大腸腺腫 (10mm以上) b. 大腸腺腫 (10mm未満)
7. (転移性を含む) その他の大腸がん または右のc~i  
 ⇒右のc~iに該当する場合は○をつけてください。(複数選択可)
8. 未受診

(部 位)  
 病変部位に○印を記入してください



- |  |
|--|
| a. 大腸腺腫(10mm以上)<br>b. 大腸腺腫(10mm未満)<br>c. 大腸ポリープ<br>d. 大腸粘膜下腫瘍 e. 大腸潰瘍<br>f. 大腸憩室 g. 大腸炎 h. 痔<br>i. その他 |
|--|

※ 所 見

-----  
 -----

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課 (川崎市川崎区宮本町1番地) への提出に御協力をお願いします。

# 川崎市大腸がん検診精密検査結果報告書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

[ 精密検査実施医療機関 ] 住 所  
名 称  
医師名

川崎市大腸がん検診委託事業実施要綱第14条第3項の規定に基づき、次のとおり  
要精密検査の結果を報告します。

### 一次検診実施医療機関 記入欄

漢字氏名		カナ氏名		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日生
住所	川崎市 区						

医療機関名  
-----  
住 所  
-----  
一次検診実施日 令和 年 月 日

○精密検査年月日 令和 年 月 日

#### ○検査方法

1. 全大腸内視鏡検査
2. S状結腸内視鏡検査+注腸エックス線検査
3. その他 ( )

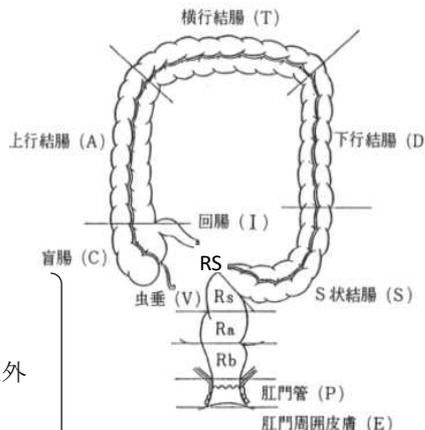
○病理診断 (1. 有り 2. 無し)

○ポリペクトミー (1. 有り 2. 無し)

#### ○診 断

1. 異常なし
2. (転移性を含まない) 大腸がん で 進行がん
3. (転移性を含まない) 大腸がん で 早期がん で粘膜内がん以外
4. (転移性を含まない) 大腸がん で 早期がん で粘膜内がん
5. 大腸がんの疑い もしくは 未確定
6. 大腸腺腫 (aかbに○をつけてください)  
a. 大腸腺腫 (10mm以上) b. 大腸腺腫 (10mm未満)
7. (転移性を含む) その他の大腸がん または右のc~i  
⇒右のc~iに該当する場合は○をつけてください。(複数選択可)
8. 未受診

(部 位)  
病変部位に○印を記入してください



- |  |
|--|
| a. 大腸腺腫(10mm以上)<br>b. 大腸腺腫(10mm未満)<br>c. 大腸ポリープ<br>d. 大腸粘膜下腫瘍 e. 大腸潰瘍<br>f. 大腸憩室 g. 大腸炎 h. 痔<br>i. その他 |
|--|

※ 所 見

-----  
-----

※本報告書は精度管理上必要であるため、川崎市健康福祉局健康増進課 (川崎市川崎区宮本町1番地) への提出に御協力をお願いします。

## 川崎市がん検診精密検査紹介状

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 御中

受診者氏名 ( 歳)

川崎市\_\_\_\_\_がん検診を実施しましたところ、別紙のと通りの結果を得ました。  
\_\_\_\_\_がんについて、さらに検査が必要と思われるので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、精密検査の結果につきましては、別添の「精密検査結果報告書」にご記入いただき、同封の封筒にて川崎市健康福祉局あてにご提出くださいますようお願いいたします。

診 断

.....  
.....  
.....  
.....

所在地

名 称

医 師