

県民健康調査「健康診査」 既存健診対象外の県民に対する健康診査 令和2年度 実施マニュアル

避難区域等以外

※予防会委託市町村：

県北地区：福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町

県中地区：郡山市、須賀川市、鏡石町、天栄村、三春町

県南地区：白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町

会津地区：会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、会津坂下町、昭和村

南会津地区：檜枝岐村

相双地区：相馬市

令和元年度から令和2年度への変更点

- 1) 対象地域の追加
会津地区：昭和村（表紙・P2）
- 2) 目次のページ数・文言の修正
- 3) 健康診査後の送付資材の一部変更（P17）
- 4) 眼底所見用紙【様式4】の変更（P23）

発行日 令和2年 6月

発行元 公益財団法人結核予防会総合健診推進センター

統括事業部 広域支援課

住 所：〒101-8372 東京都千代田区神田三崎町 1-3-12 水道橋ビル 3 階

T E L：03-3292-9231 FAX：03-3292-5700（平日9時～17時まで）

E-mail：yoyaku-ce3@jatahq.org

□■ 目 次 ■□

1.趣旨説明・対象人数・実施機関（P2）

- 1)趣旨
- 2)対象者
- 3)案内発送対象予定人数
- 4)実施期間

2.項目・料金（P3～）

- 1)既存健診対象外の県民に対する健康診査項目
- 2)市町村が独自に追加する項目

3.実施に向けた準備（P5～）

- 1)受診案内の送付、承諾書の受領について
- 2)予約・申込みの流れ
- 3)予約の変更

4.健康診査当日の流れ（P14～）

- 1)受付
- 2)身長、体重、(BMI)
- 3)尿検査
- 4)採血
- 5)診察・心電図検査
- 6)眼底検査について
- 7)キャンセルについて

5.パニック値(緊急報告値)の報告（P15～）

- 1)血液検査の場合
- 2)心電図検査の場合

6.健康診査後の返送資材（P17）

7.結果報告(受診者宛、医療機関宛)（P19）

8.精密検査・再検査（P19）

9.健診料金の精算方法（P19～）

- 1)請求の流れ
- 2)提出書類
- 3)請求書の様式及び宛名
- 4)提出期限
- 5)提出先

10.眼底所見用紙[様式4](P23)

1. 趣旨説明・対象人数・実施期間

1) 趣旨

東日本大震災やその後の東京電力（株）福島第一原子力発電所事故により、多くの福島県民が健康に不安を抱えている状況を踏まえ、福島県では県民健康調査を実施しています。

この県民健康調査（長期にわたる県民の健康の見守り）の一環として、これまで既存制度による健康診断、健康診査（以下「既存健診」という。）を受診する機会がなかった県民に対して健診機会を設けることにより、生涯にわたり生活習慣病の予防や疾病の早期発見、早期治療につなげることを目的として実施しています。

2) 対象者

(1) (2) の方で、かつ、(3) または (4) に該当する方

(1) 令和2年4月1日時点で福島県に住民登録がある方（県外居住者も含む）

(2) 既存健診^{※1} を受ける機会がない方

(3) 昭和56年4月1日から平成14年4月1日までに生まれた方

(4) 平成14年4月2日から平成17年4月1日までに生まれた方で県に申し出をした方

※未成年者は要保護者氏名

※1 既存健診 ○労働安全衛生法に基づく健康診断（定期健康診断等）

○学校保健安全法第13条に基づく児童生徒等の健康診断

○県民健康調査として避難区域等^{※2}16歳以上の健康診査 等

※2 避難区域等：田村市、南相馬市、川俣町、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村の全域、及び伊達市の一部（特定避難勧奨地点が属する区域）

(5) 結核予防会委託市町村

県北地区：福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町

県中地区：郡山市、須賀川市、鏡石町、天栄村、三春町

県南地区：白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町

会津地区：会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、会津坂下町、昭和村

南会津地区：檜枝岐村

相双地区：相馬市

3) 案内発送対象予定人数

約 231,000 人

実施予定受診者数 約 7,000 人

（案内発送対象予定人数には市町村委託分の未受診者及び県外避難者への対応分を含む）

4) 実施期間

申込期間：令和2年 8月20日(木)から令和2年12月11日(金)まで

受診期間：令和2年10月 1日(木)から令和3年 1月29日(金)まで

※上記受診期間のうち各医療機関での診療日をお願いします。

※上記期間以外は、本制度の対象外となります。

2. 項目・料金

医師の判断で項目を追加しないようご注意ください。

料金積算の考え方は、診療報酬点数相当額の積み上げに一定事務費（採血費用、健診資材郵送費等の健診に関わる費用全て）を加算して算出させていただいています。

なお、**受診者の窓口でのご負担はありません**ので、**受診者は無料で受診**いただくことになります。

1) 既存健診対象外の県民に対する健康診査項目

- 既往歴の調査
- 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 身長
- 体重
- BMI
- 血圧
- 尿検査（尿蛋白・尿糖）
- 血液生化学（AST・ALT・ γ -GT・TG・HDL-C・LDL-C・
空腹時血糖（又は随時血糖）、HbA1c）

対 象	血液検査を下記提携先に委託する場合 (LSIメディエンス 江東微生物研究所 保健科学 BML 昭和メディカル) ※血液検査料については、予約センター が委託先に直接支払います。	血液検査を自院で実施、もしくは は左記業者以外に委託する場合
料金（税込10%）	6,048 円	7,610 円

2) 市町村が独自に追加する項目

検査漏れがないようにご注意ください。

市町村独自の追加項目を実施した場合、1)の料金に下記の金額(税込)を加算してください。
 なお、追加項目で未実施が発生した場合、その項目分の金額は加算されません。

【追加検査項目】

地域	県北地域				県中地域	県南地域
	福島市	二本松市	本宮市		国見町	天栄村 泉崎村
対象年齢	19~39	19~39	19~29	30~39	19~39	19~39
赤血球・Ht・Hb	●			●	●	●
白血球・Plt	●	●	●	●	●	●
白血球分画	●	●	●	●	●	●
Cre・e-GFR	●	●		●	●	●
尿酸		●			●	●
心電図				●		
眼底(両眼)				●		

【追加検査料金】

追加検査項目	血液検査実施方法	
	自院もしくは、右記以外に委託	下記提携先に委託
赤血球・Ht・Hb	231 円	・ LSI メディエンス ・ 江東微生物研究所 ・ BML ・ 保健科学 ・ 昭和メディカル ※当センターより委託先に直接支払い
白血球・Plt		
白血球分画		
Cre・e-GFR	121 円	
尿酸	121 円	
心電図	1,430 円	1,430 円
眼底(両眼)	1,233 円	1,233 円

※血算は5項目でも2項目でも同額となります。

税込 10%

3. 実施に向けた準備

1)【予約センター ⇄ 対象者(受診希望者)】

■受診案内の送付等、予約申込みの受付について

●受診案内の送付

結核予防会総合健診推進センター予約センター（以下、「予約センター」という）から受診対象者へ健康診査の案内を送付します。（時期：令和2年8月中旬頃）

●予約申込みの受付

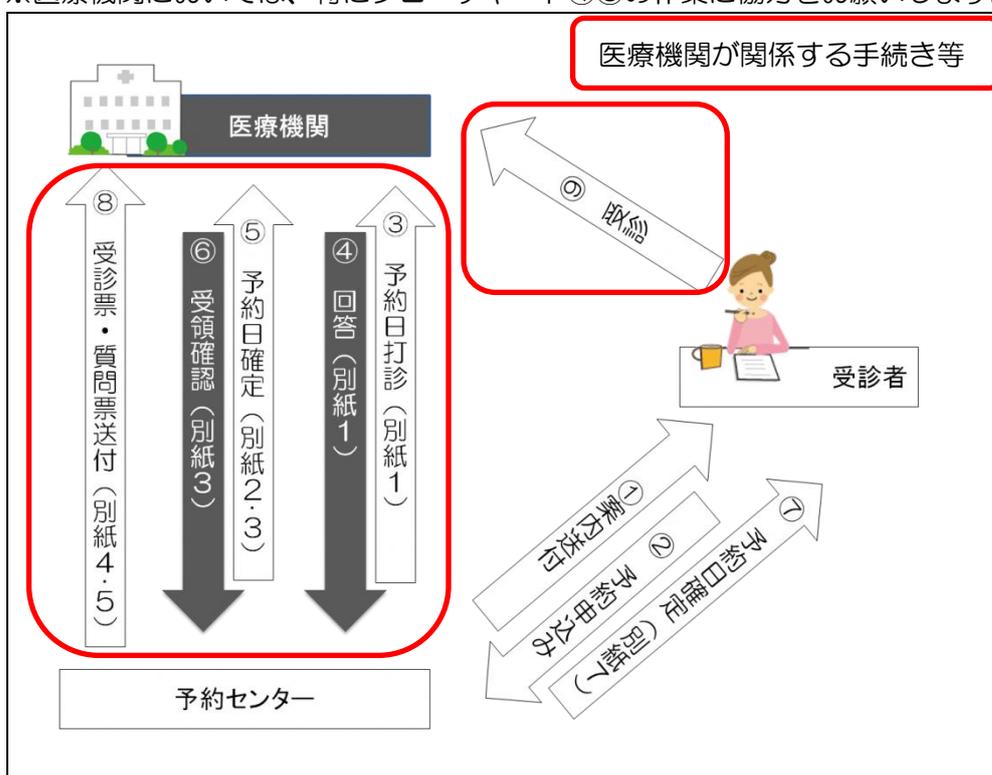
受診希望者からの予約申込みの受付及び承諾書の受領は予約センターにて行います。
※承諾書は、「長期にわたる健康管理に活用する県民健康調査データベースに登録するため、福島県及び福島県立医科大学へ提供すること、居住する市町村にデータを提供することに承諾するもの」です。なお、承諾をしない場合でも、健康診査の受診は可能です。

2)【予約センター ⇄ 対象者(受診者) / 予約センター ⇄ 医療機関】

■予約・申込みの流れ（フローチャート参照）

予約の受付から完了まで、予約センターを中心に行います。

※医療機関においては、特にフローチャート④⑥の作業に協力をお願いします。



フローチャート④ 記入例についてはP6参照

フローチャート⑥ 記入例についてはP8参照

3)【受診者 ⇄ 予約センター】

■予約の変更

- ・日程変更は、受診者と予約センターで電話連絡にて行います。
- ・万一、受診者より医療機関へ変更の依頼があった場合は、医療機関から予約センターにお知らせください。（予約センターから受診者へ連絡をとり再調整します。）

■予約日調整について

予約センター ⇄ 医療機関

(P5 フロー図③、④)

(別紙1)

回答 (予約申込書記入例)

公益財団法人結核予防会 予約センター 行
FAX 03-3292-5700

医療機関番号: 1001

日付

既存健診対象外の県民に対する健康診査 予約

医療機関名: 結核予防会 総合健診推進センター
 統括事業部 施設健診課

担当者名: 様

TEL:
 FAX:
 TEL:
 FAX:

予約申込書を 1 名分送付いたします。
 希望を記載しておりますので、予約可能かご確認の上、可能であれば希望日に○を付けご返送ください。
 午前、午後の受付時間帯、時間指定がありましたら、空欄にご記入ください。
 お手数ですが、** 月 ** 日 (*) までにご返送いただきますよう、お願いいたします。

健診バーコード(数字)	氏名(カナ)	性別	希望日時(第1~第3希望)
999999999			
1 〇〇市	ケッカク タロウ 結核 太郎	男	1、2019/10/25 8:30~9:30
2 〇〇市	ケッカク ジロウ 結核 二郎	男	1、2019/10/30 8:30~9:30 10:00
3 〇〇市	ケッカク ハナコ 結核 花子	女	1、2019/10/20 9:00~9:30
6			
7			

10/22 9:00
 10/23 10:00

指定日までに FAX
 でご回答ください。

受診可能な場合は○で
 囲んでいただき、時間に
 指定がある場合は指定
 時間をご記入ください。

受診不可の場合は×を
 付け、受診可能日を複
 数日ご記入ください。

公益財団法人結核予防会
 TEL 03-3292-9231

(別紙2)

予約確定書 (医療機関用)

医療機関番号: 9999

「既存健診対象外の県民に対する健康診査」予約確定書

〇〇〇〇診療所
△△ 様

TEL XXX-XXX-XXX FAX XXX-XXX-XXX

いつもお世話になっております。
 下記「既存健診対象外の県民に対する健康診査」の健診予約が
 確定いたしました。
 内容をご確認のうえ、別紙受領確認書のご返送をお願いいたし
 尚、後日「受診票」を郵送いたしますので、届きましたらご確認

健診コード	999999999	予約			
氏名	結核 太郎 様	性別	男	年齢	〇〇歳
生年月日	昭和〇〇年△月△日	住所	XXX-XXXX 福島県〇〇市△△町999-		
TEL	△△△-△△△-△△△△				

受診予定日	2020/10/01	受付時間	8:15~8:30
受診コース	<〇〇市コース> 【健診基本項目】 既往歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、身長、体重、BMI、血圧、尿検査(蛋白、糖)、 血液生化学(AST、ALT、γ-GT、TG、HDL-C、LDL-C、HbA1c、空腹時血糖(または随時血糖)) 【追加検査】 なし		

※ ご本人が「受診コース」並びに「付加健診」以外の項目を追加希望される
 い。受診対象外の項目を追加された場合、お支払いできません。

公益財団法人結核予防会 予約セ
 〒101-8372 東京都千代田区神田
 健診に関するお問い合わせ(渉外企画部広域支
 受診日に関するお問合せ(予約センター)

当会使用種 本 / 医 /

受診者の個人情報に基づき、受診準備をお願いいたします。

受診日・受付時間・健診コースをご確認ください。

- ・内容に誤りがありましたら予約センターまでご連絡ください。
- ・受診コースの健診項目に漏れのないようお願いいたします。

(別紙 3)

受領確認書 (記入例)

「既存健診対象外の県民に対する健康診査(避難区域外)」予約確定書

受領確認書

FAX 03-3292-5700

東京都千代田区神田三崎町1-3-12

公益財団法人結核予防会 予約センター 行

令和 年 月 日

医療機関名: ○○○○診療所

受け取られた方: _____ 〇〇 〇〇 様

貴医療機関のご担当者名
(送信者名)をご記入ください。

いつもお世話になっております。

先にFAX致しました「既存健診対象外の県民に対する健康診査(避難区域外)」予約確定書につきまして、受け取られましたら受領人数と受診者健診コードをご記入のうえ、本書の返信をお願い致します。

なお、複数受領の場合も、「受領確認書」の返信は1枚で構いません。
お手数をおかけしますが、よろしくお願い致します。

受領人数 人分 受け取りました

受領した受診者の健診コード:

123456789

987654321

159357258

「予約確定書」の受領
人数をご記入ください。

受領した受診者の健診コード
をご記入のうえ、FAXして
ください。

(別紙4)

受 診 票

受診日	西暦 20 年 月 日	性別	
カナ氏名	カタカナでご記入ください。 (セイ) (メイ)	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳	
受付NO	検体依頼書と同じ受付NO		

身体計測	身長 (cm)				} 小数点第一位までご記入下さい	尿検査	糖	<input checked="" type="checkbox"/> -	<input checked="" type="checkbox"/> ±	<input checked="" type="checkbox"/> +	<input checked="" type="checkbox"/> ++	<input checked="" type="checkbox"/> +++
	体重 (kg)						蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> -	<input checked="" type="checkbox"/> ±	<input checked="" type="checkbox"/> +	<input checked="" type="checkbox"/> ++	<input checked="" type="checkbox"/> +++
	腹囲 (cm)						潜血	<input checked="" type="checkbox"/> -	<input checked="" type="checkbox"/> ±	<input checked="" type="checkbox"/> +	<input checked="" type="checkbox"/> ++	<input checked="" type="checkbox"/> +++
	測定	医師 <input checked="" type="checkbox"/>	自己測定 <input checked="" type="checkbox"/>				排尿障害のため未実施 <input checked="" type="checkbox"/> チェックをしてください(生理中も含む)					
血圧	収縮期血圧 (mmHg)			採血	空腹時(空腹10時間以上) <input checked="" type="checkbox"/>							
	拡張期血圧 (mmHg)				随時(空腹3時間~10時間) <input checked="" type="checkbox"/>							
貧血	今回実施する理由											
	貧血(詳細) <input checked="" type="checkbox"/>	診断(詳細) <input checked="" type="checkbox"/>	追加項目のため <input checked="" type="checkbox"/>									
心電図	今回実施する理由											
	不整脈(詳細) <input checked="" type="checkbox"/>	血圧(詳細) <input checked="" type="checkbox"/>	追加項目のため <input checked="" type="checkbox"/>									
心電図	所見											
	異常所見あり <input checked="" type="checkbox"/>		異常所見なし <input checked="" type="checkbox"/>									
	判定区分											
				要治療 <input checked="" type="checkbox"/>		要精密検査 <input checked="" type="checkbox"/>						
具体的な所見 (所定のコードをご記入下さい)												
その他の所見 (20文字以内でご記入下さい)												
診察	その他の既往歴											
	特記事項あり <input checked="" type="checkbox"/>		特記事項なし <input checked="" type="checkbox"/>									
	自覚症状											
	特記事項あり <input checked="" type="checkbox"/>		特記事項なし <input checked="" type="checkbox"/>									
その他の所見 (20文字以内でご記入下さい)												
他覚症状												
特記事項あり <input checked="" type="checkbox"/>		特記事項なし <input checked="" type="checkbox"/>										
その他の所見 (20文字以内でご記入下さい)												
判断医師名											初回面接実施 <input checked="" type="checkbox"/>	

「
バーコードラベル貼付
特定健診機関番号
」

「
バーコードラベル貼付
特定健診 ID
」

予約センター → 医療機関

(別紙5)

質問票

受診日	西暦 20 年 月 日	性別	
カナ氏名	カタカナでご記入ください。 (セイ) (メイ)	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	歳	
住所	〒 _____ ※市区町村よりご記入下さい。 市区町村 _____		
被保険者証等 記号・番号	記号 _____	番号 _____	

下記の質問に答え、該当する にチェックをして下さい。

No.	質問項目	回答	
1	血圧を下げる薬を服用していますか。 (高血圧症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
2	血糖を下げる薬又はインスリン注射を服用していますか。 (糖尿病の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。 (脂質異常症の治療に係る薬剤を服用していますか。)	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
7	医師から、貧血と言われたことがありますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。〔合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者〕であり、最近1ヶ月間も吸っている者〕	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
9	20歳のときの体重から10kg以上増加していますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	かんで食べる→ <input checked="" type="checkbox"/>	かんで食べる→ <input checked="" type="checkbox"/>
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い→ <input checked="" type="checkbox"/>	遅い→ <input checked="" type="checkbox"/>
15	就寝前の2時間以内に夕食を取ることが週に3回以上ありますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	毎日→ <input checked="" type="checkbox"/>	時々→ <input checked="" type="checkbox"/>
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか。	毎日→ <input checked="" type="checkbox"/>	時々→ <input checked="" type="checkbox"/>
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒1合(180ml)の目安：ビール(500ml)、焼酎25度(110ml)、 ウイスキーダブル一杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満→ <input checked="" type="checkbox"/>	2~3合未満→ <input checked="" type="checkbox"/>
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	意志なし→ <input checked="" type="checkbox"/>	意志あり(近いうち)→ <input checked="" type="checkbox"/>
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい→ <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ→ <input checked="" type="checkbox"/>

バーコードラベル貼付
特定健診機関番号

バーコードラベル貼付
特定健診ID

■自院及び（※）検査会社以外の検査会社をご利用の医療機関は、血液伝票の数値を【別紙 6】に転記のうえ、血液伝票と共に提出してください。

※江東微生物研究所・LSI・BML・昭和メディカル・保健科学

血液伝票添付紙

今回の結果値をそれぞれの項目に転記してください。

一健 一郎 様 1955/01/01 生 53 歳 男 健診結果の詳細 その1 実施年月日 平成25年09月24日

検査項目	基準値	今回	前回	前々回	検査項目	基準値	今回	前回	前々回
受診日		2013.09.24	2007.01.01		受診日		2013.09.24	2007.01.01	
身体計測					食後経過時間		9 時間	時間	時間
身長		171.0	171.0		血清脂質1				
体重		68.5	62.0		総コレステロール			250	
BMI	18.5~24.9	23.4	21.2		LDL-C	60~119	80		
腹囲	~84.9	84.5			HDL-C	40~119	49	50	
血圧					中性脂肪	30~149	131	200	
最大/最小	~129 / ~84	129 / 84	128 / 84	/	痛風				
脈拍					尿酸	~7.0	6.8	7.0	
聴力					種尿病1				
右	500Hz				血糖(随時値)	60~139	87	80	
	1000Hz				HbA1c(NGSP)	~5.5	4.7		
	4000Hz				HbA1c(JDS)			5.0	
	会話式				尿糖	(-)	(-)	(-)	
左	500Hz				肝機能1				
	1000Hz				AST(GOT)	~30	12	10	
	4000Hz				ALT(GPT)	~30	16	10	
	会話式				γ-GT	~50	32	150	
視力		右 / 左	右 / 左	右 / 左	黄血・多血				
裸眼(遠)	/	/	0.9 / 1.2	/	赤血球	400~539	485	450	
矯正(遠)	/	/	/	/	ヘモグロビン	13.1~16.6	13.9	15.0	
裸眼(近)	/	/	/	/	ヘマトクリット	38.5~48.9	38.6	45.0	
矯正(近)	/	/	/	/	MCV			90.0	
尿検査					MCH			30.0	
蛋白	(-)	(-)	(-)		MCHC			30.0	
ウロビリノーゲン			(±)		炎症反応				
潜血	(-)	(-)	(-)		白血球	3200~8599	5190	15000	
腎機能					CRP			1.00	
尿酸値			15.0		便潜血				
クレアチニン	~1.09	0.56	1.50		1日目/2日目		/	(-) /	/

受診番号 99901 健診結果の詳細 その2 201308 070002973

検査項目	基準値	今回	前回	前々回	検査項目	基準値	今回	前回	前々回
受診日		2013.09.24	2007.01.01		受診日		2013.09.24	2007.01.01	
肥満度	-10.0~10.0	6.5	-3.6						
血小板数	13.0~34.9	25.5	5.5						
血液検査中球	42.0~74.0	47.0							
血液検査好球	~7.0	1.7							
血液検査リンパ球	18.0~50.0	45.1							
血液検査好塩基球	~2.0	0.5							
血液検査単球	1.0~8.0	5.7							
胆圧									
右 / 左		/	15 / 12	/					

合計が100%になることをご確認ください。

■血液伝票の数値を転記してください。

(別紙6)

単位を変更しないでください。

小数点は1マスあけず、
詰めて記入してください。

血液検査記入用紙

項目		単位	値		項目	単位	値	
血液一般	白血球数	(/μl)	5	190				.
	赤血球数	(万/μl)	/	/				.
	血色素量	(g/dl)	/	/				.
	ヘマトクリット値	(%)	/	/				.
	血小板数	(万/μl)	/	/				.
血液検査			/	/				.
	HDL-コレステロール	(mg/dl)	/	/				.
	LDL-コレステロール	(mg/dl)	/	/				.
	中性脂肪	(mg/dl)	/	/				.
	AST(GOT)	(U/l)	/	/				.
	ALT(GPT)	(U/l)	/	/				.
	γ-GTP	(U/l)	/	/				.
	クレアチニン	(mg/dl)						.
	尿酸	(mg/dl)	/	/				.
	血糖	(mg/dl)	/	/				.
	HbA1c(JDS値)	(%)	/	/				.
HbA1c(NGSP値)	(%) ¹	/	/				.	

項目		単位	値		項目	単位	値	
白血球分画	好中球	(%)	/	/	異形リンパ球	(%)	/	/
	桿状核球	(%)	/	/	形質細胞	(%)	/	/
	分葉核球	(%)	/	/	後骨髄球	(%)	/	/
	リンパ球	(%)	/	/	骨髄球	(%)	/	/
	単球	(%)	/	/	前骨髄球	(%)	/	/
	好酸球	(%)	/	/	その他	(%)	/	/
	好塩基球	(%)	/	/	その他	(%)	/	/

ID						医療機関コード
カタカナ氏名						
性別	男・女					
生年月日		年	月	日		

(別紙7)

受診予約確定書 (受診者用)

〒123-4567 〇〇区△△△町1-2-3 一健 太郎 様		●●市	
受診予約確定書 在中			
健診コード []			
「既存健診対象外の県民に対する健康診査（避難区域外健診）」受診			
あなたの申し込まれた健診について以下の通り予約が確定いたしました。 内容をご確認の上、間違い等ございましたら至急ご連絡ください。			
健診コード	999999999	予約番号	9999
氏名	イチケン タロウ 一健 太郎 様	性別	男性
生年月日	9999/99/99 昭和99年99月99日	年齢	99歳
受診予定日	9999/99/99	受付時間	99:99~99:99
医療機関名	【9999】〇〇財団 〇〇〇〇〇〇〇〇センター(医療機関名)		
所在地	999-9999 ■■区▲▲▲町1-2-3		
TEL	(00-0000-0000		
受診コース	【健診基本項目】 診察、問診、身長、体重(BMI)、血圧、尿(蛋白・糖)血液生化学(AST、ALT、γ-GT、TG、HDL-C、LDL-C、HbA1C、空腹時血糖(または随時血糖)) 【追加項目】 血小板数、白血球数、白血球分画		
持ち物	受診予約確定書(本紙) 保険証		
受診時備考	2階1番窓口にお越しください。		
【注意事項】			
<p>◎ 採血検査があるため受診される10時間前までにお食事を済ませ、検査当日のお食事は取らず空腹状態で受診して下さい。 午後受診の方は朝食をとっていただいても構いませんが、昼食はとらずにお越しください。</p> <p>※珈琲・紅茶(ミルク・砂糖入り)ジュース、飴、ガム等も食事に該当します。</p> <p>◎ お水・お茶は検査直前までお飲みいただけます。</p> <p>◎ 血圧、心臓、糖尿病のお薬は通常通り内服して下さい。その他の薬を常用されている方は、当日の服用について主治医とご相談の上受診して下さい。</p> <p>◎ 検査前日の飲酒は控えてください。</p>			
<p>日程変更及びキャンセルにつきましては予約センターにご連絡ください。 なお変更の際は予約状況によりお時間をいただく場合がございますので、ご了承ください。 当日キャンセルの場合のみ、予約センターと医療機関の双方へ連絡をおねがいます。</p>			
<p>公益社団法人結核予防会 予約センター 〒101-8372 東京都千代田区神田三崎町 1-3-12</p>			

受診時に本紙「受診予約確定書」と保険証などで本人確認をしてください。
受診票の取り違えがないようご注意ください。

受診予約日、時間をご確認ください。日程変更をした場合、受診者様が、手書きで日時の修正する事もございます。

受診コースの検査項目を漏れなく実施して下さい。

4. 健康診査当日の流れ

当日の流れは、医療機関にお任せ致しますが、以下の内容については厳守願います。

1) 受付

・予約なしでの受診はできません。

受診資格等の確認が必要となりますので、予約センターまでお問い合わせください。

・**検査項目の確認をしてください。**

受診者が持参する受診予約確定書（別紙 7）の検査項目を確認してください。

※市町村が独自に追加する項目（血液検査・心電図など）がありますので、

当日漏れのないようお願いします。

※当日受診者が受診予約確定書（別紙 7）を忘れた場合は、事前に予約センターから FAX で送付した予約確定書（別紙 2）と保険証等で、本人確認と予約内容、検査項目の確認を行ってください。

・**「受診票」「質問票」等は、記入漏れのないよう、ご注意ください。**

「受診票」（別紙 4）「質問票」（別紙 5）等のご記入方法等は、別冊の「記入マニュアル」をご参照ください。

食後時間が不明な場合は、10時間以上空腹であれば、質問票に「19時間」とご記入ください。

・**健診項目外での受診希望の対応について**

受診当日、受診者から健診項目外での受診希望があった場合は、受診する前に必ず予約センターまで、確認のご連絡をお願いします。（受診者の自己負担となります。）

2) 身長、体重、(BMI)

BMI は、予約センターにて自動計算しますので、記入不要です。

3) 尿検査

・随時尿でもかまいませんが、必ず、院内で検査を行ってください。

・「生理中」の場合は、受診者同意のうえ実施してください。

その際、忘れずに質問票の「B 女性にお聞きします」の「現在、生理中である」にチェックを入れてください。

4) 採血

・食後 10 時間未満の場合は、随時血糖として検査をしてください。

・HbA1c は NGSP 値で実施してください。

注意!!

市町村独自の追加検査（貧血検査・血小板数・白血球数・白血球分画検査）を実施する場合、採血のスピッツは 3 本になります。（それ以外は 2 本）

5) 診察・心電図検査

所見コード及び記入方法は、別冊の「記入マニュアル」をご参照ください。

6) **眼底検査について(本宮市)**

貴医療機関で読影・判定のうえ、「様式 4」「眼底所見用紙」に記入してください。

7) キャンセルについて

（**事前に受診予定者から予約センターに連絡が入った場合**）

予約センターより必ず医療機関に御連絡いたします。

（**当日、来院されない場合**）

キャンセルとし、医療機関から予約センターまで連絡をお願いいたします。

5. パニック値（緊急報告値）の報告

パニック値が発生した場合、下記の連絡体制とします。

なお、パニック値の生じた患者が**来院され再検査を希望される場合は、保険診療で対応**をお願いいたします。

1) 血液検査の場合

血液検査実施方法	<ul style="list-style-type: none"> 江東微生物研究所 LSIメディエンス 保健科学研究所 BML 昭和メディカルサイエンス 	<ul style="list-style-type: none"> サンリツ及びその他の検査会社 自院測定の場合
報告の流れ		
パニック値	-	医療機関様の基準でお願いします。
報告様式	-	【様式1】パニック値報告書（P16） ※コピーしてご使用ください
報告形式	-	予約センターへFAXで送信ください。

2) 心電図の場合

報告の流れ	
パニック値	医療機関様の基準でお願いします。
報告様式	【様式1】パニック値報告書（P16） ※コピーしてご使用ください
報告形式	予約センターへFAXで送信ください。

「既存健診対象外の県民に対する健康診査」
パニック値報告書（県内）

公益財団法人結核予防会総合推進健診センター予約センター 行
FAX 03-3292-5700

医療機関名 : _____

受診日 : 令和____年____月____日

受診者氏名 : _____

【血液】

検査項目 : _____ 数値 : _____

検査項目 : _____ 数値 : _____

検査項目 : _____ 数値 : _____

【心電図】

検査項目 : _____ 所見 : _____

受診者への連絡日 : 令和____年____月____日

ご担当者様 : _____

連絡先 : TEL _____

6. 健康診査後の返送資材

【医療機関 → 予約センター】

健康診査実施後、**一週間以内**にご提出をお願いします。

●受診票・質問票の提出について

下記の一覧表に基づいてご提出ください。

※返送日を過ぎている場合には、確認のご連絡をさせて頂く事がございます。ご了承ください。

<p><u>Iの場合</u> →記入された受診票・質問票は検査会社を通じて予約センターが回収いたします。</p> <p>(受け渡し方法は、検査会社により異なります。具体的な方法については、検査会社にお問合せください。) *眼底所見用紙は直接予約センターへご郵送ください。(結果出来次第一週間以内)</p>	受診票 (別紙4) (P9)	質問票 (別紙5) (P10)	受診予約確定書 (別紙7) (P13)	血液検体	【様式4】 眼底所見用紙 (P23)
(I) 【江東微生物研究所、LSI メディエンス、保健科学研究所】	○	○	○	○	○

<p><u>II～Vの場合</u> →医療機関から予約センターへご郵送ください。(一週間以内)</p>	受診票 (別紙4) (P9)	質問票 (別紙5) (P10)	受診予約確定書 (別紙7) (P13)	血液検体	【様式4】 眼底所見用紙 (P23)	【様式2】 健診資材受け渡し用紙 (P18)	(別紙6) 血液伝票添付紙・(P11・12) 血液検査記入用紙
(II) 【BML】	○	○	○	-	○	○	-
(III) 【昭和メディカルサイエンス】	○	○	○	-	○	○	-
(IV) 【サンリツ及びその他の検査会社】	○	○	○	-	○	○	○
(V) 【自院】	○	○	○	-	○	○	○

※受診者が(別紙7) 受診予約確定書 (P13) を忘れた場合は、医療機関宛に FAX している(別紙2) 予約確定書 (P7) をコピーで代用し、ご提出ください。

「既存健診対象外の県民に対する健康診査」
健康診査資材受け渡し用紙

発送日 令和____年____月____日

医療機関名 : _____
 ご担当者様 : _____
 連絡先 : TEL _____ FAX _____

受診日 : 令和____年____月____日～令和____年____月____日

資材	受診者数
受診票	
質問票	
受診予約確定書	

未実施検査項目がありましたら必ずご記入ください。

カナ氏名	未実施検査項目

自費にて検査項目を追加された場合、必ずご記入ください。

カナ氏名	追加検査項目

連絡事項（その他、連絡事項がございましたらご記入ください）

.....

7. 結果報告（受診者宛、医療機関宛）

【予約センター → 受診者・医療機関】

- 健診結果の判定、受診者への「健康診断結果報告書」の郵送は予約センターが行います。
- **健診終了後、概ね1ヶ月後に送付予定です。**
- 後日、医療機関へも「健康診断結果報告書」控えを送付いたします。
※受診者から、「健康診断結果報告書」の内容に関するお問い合わせがある場合、予約センターにて対応いたします。
- ※健診項目以外の検査を自費で実施の場合、各医療機関の受診票にて実施し、結果報告も各医療機関の結果票で受診者へご報告ください。（予約センターへの報告は不要です）

8. 精密検査・再検査

精密検査・再検査は今回の契約には含まれません。

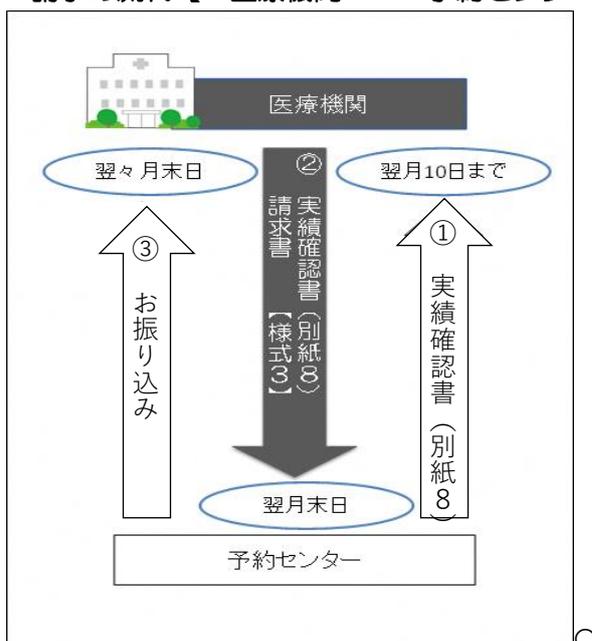
健康診査の結果、精密検査・再検査が必要と判断された場合は、**保険診療での取扱い**となります。（予約センターへの報告は不要です）

9. 健診料金の精算方法

保険点数による請求ではありません。

本マニュアル（P2～3）「2. 項目・料金」で金額のご確認をお願いします。

1) 請求の流れ【 医療機関 ⇔ 予約センター 】



- ① 毎月末日付で予約情報をまとめて、翌月 10 日頃に「実績確認書」(別紙 8) (P21) を予約センターより医療機関へ、送付します。
- ② 「実績確認書」(別紙 8) で検査項目を確認し、請求金額と受診日を記入してください。「請求書」は受診月の末日締めで作成し、「実績確認書」(別紙 8) とともに予約センターへ返送してください。
- ③ 請求書を受け付けた月の翌月末までに医療機関の指定口座へ振込します。
(手数料は予約センターが負担)

2) 提出書類

- ・実績確認書 (別紙 8) (P21)
 - ・請求書【様式 3】 (P22)
- } **※必ず、実績確認書+請求書のセットで提出してください。**

3) 請求書の様式及び宛名

①請求書の様式

- ・請求書【様式 3】(P22) をご活用下さい。
- ・エクセル版請求書のダウンロードが可能です。

(<https://www.ichiken.org/fukushima/>) ※パスワード：2507

※医療機関で指定の書式がある場合は、そちらをお使いいただいて構いません。

②請求書の宛名

公益財団法人結核予防会総合健診推進センター予約センター 宛

4) 提出期限

やむを得ない場合を除き、期限厳守をお願いいたします。

健診実施月	請求期限	支払日
令和 2年 10月	令和2年 11月30日(月)	令和2年 12月末日まで
11月	令和2年 12月28日(月)	令和3年 1月末日まで
12月	令和3年 1月29日(金)	2月末日まで
令和3年 1月	令和3年 2月26日(金)	3月末日まで

5) 提出先

〒101-8372

東京都千代田区神田三崎町 1-3-12 水道橋ビル 3 階

公益財団法人結核予防会 総合健診推進センター 予約センター

【様式3】

「既存健診対象外の県民に対する健康診査」
請求書

No _____

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

公益財団法人結核予防会 予約センター 御中

医療機関名 _____ 印

住 所 _____

令和元年度 ____ 月分 既存健診対象外の県民に対する健康診査料として、下記のとおり請求いたします。
(添付必須書類：請求書と同月の実績確認書)

合計金額 _____ 円

区分	単価 (円/税込)	件数	金額 (円/税込)
内訳は実績確認書のとおり			
成人 (19 歳から 39 歳)			
健康調査料			
【追加項目検査】			
赤血球・Ht・HB	231		
白血球・Plt			
白血球分画	275		
血清クレアチニン	121		
尿酸	121		
心電図検査	1,430		
眼底検査 (両眼)	1,233		
合計 (円/税込 10%)			

【振込先】

取引銀行	銀行	支店	普通・当座・別段
口座番号			
口座名義 (カナ)			
口座名義			

注1) 日付、医療機関名、住所は必ず記入してください。(スタンプ可)

注2) 印は、医療機関様で公に使用している「印」を押印してください。

注3) 【追加項目検査】の請求は、自院で検査された場合のみ記載してください。

ただし、心電図を実施された場合は必ず記載してください。(詳細はP4参照)

【眼底所見用紙】

【様式3】

様

生年月日(西暦)

生

年齢 歳

コード	所見名	コード	所見名
101	異常なし		
109	読影不能		
111	高血圧性変化	211	高血圧性変化疑い
112	硬化性変化	212	硬化性変化疑い
113	網膜出血	213	網膜出血疑い
114	白膜	214	白膜疑い
115	乳頭陥凹拡大	215	乳頭陥凹拡大疑い
117	網膜静脈炎変化	217	網膜静脈炎変化疑い
118	網膜動脈炎変化	218	網膜動脈炎変化疑い
119	糖尿病性網膜症	219	糖尿病性網膜症疑い
120	網膜血管炎性症	220	網膜血管炎性症疑い
121	中心性網膜経路症	221	中心性網膜経路症疑い

311011	細動脈狭窄	351221	網膜前出血★
311021	細動脈管径不同	351231	網膜下出血
311031	点状出血	351241	網膜血管白濁化
311041	出血斑	351251	網膜新生血管
311051	軟性白膜	351261	網膜静脈分枝閉塞
311061	硬性白膜	351271	網膜中心静脈閉塞症
311071	網膜浮腫	351281	網膜毒性
311081	乳頭浮腫	351291	網膜経路萎縮
311091	網膜乳頭浮腫	351301	網膜経路萎縮巣
321011	細動脈反折亢進	351321	黄斑円孔
321021	交叉角度(逆行変化)	351331	黄斑円光網膜剥離
321031	交叉角度(管径変化)	351341	黄斑上膜
321041	交叉角度(屈折)	351351	網膜剥離★
321051	交叉角度(静止)	351361	漿液性網膜剥離
331011	毛細血管痙	351371	漿液性網膜色素上皮剥離
331021	小出血点	351381	出血性網膜色素上皮剥離
331031	網膜出血(円形)	351391	黄斑浮腫
331041	網膜出血(円状)	351401	黄斑部漿液性網膜剥離
331051	網膜出血(火傷状)	351411	黄斑部萎縮
331061	網膜出血(線状)	351431	黄斑部変性
331071	硬性白膜★	351441	黄斑毒性
331081	輪状配列の白膜	351451	広範囲黄斑変性(新生血管あり)
331091	輪状状の白膜	351461	広範囲黄斑変性(新生血管なし)
331101	軟性白膜(梅花状)	351471	乳頭陥凹拡大(網内障壁)
331111	軟性白膜(線状)	351481	乳頭出血
331121	血管の硬化	351491	乳頭浮腫★
331131	血管の新生	351501	網膜経路萎縮
331141	網膜浮腫★	351511	視神経萎縮
331151	網子体変化(萎縮)	351521	視神経線維層欠損
331161	網子体変化(剥離)	351531	視神経形成
331171	網子体変化(出血)	351541	視神経乳頭状色素斑
331181	網膜前出血	351561	有髄神経線維
331191	網膜前の血管新生	351571	網膜神経線維層欠損
331201	線維状新生物	351581	線内障
331211	網膜剥離	351591	網膜色素線条
341011	出血のみ	351601	網膜色素変性
341021	白膜のみ	351611	色素斑・変性
341031	出血白膜	351621	つぶつぶ浮腫
341041	光凝膜前後	351631	コーヌス
351011	近視性眼底	351641	コロボーマ
351021	静脈閉塞	351651	トルーゼン
351031	乳頭陥凹	351661	夕やけ状障壁
351041	視神経乳頭部変化	351671	中止
351051	黄斑部変化	351681	悪露性症
351061	網膜経路変化	351981	判定困難
351071	中心窩乳頭変化	351991	判定不能
351081	角膜混濁		
351091	白内障		
351111	円錐性網子体混濁	見えない+T1用「2」	
351121	網子体混濁	例) 311011 細動脈狭窄	
351131	網子体せん断症	311012 細動脈狭窄疑いになる	
351141	網子体出血		
351151	網子体変化		
351161	中間透光体混濁		
351171	強直近視眼底		
351181	眼底血管異常		
351191	血管変化		
351201	血管硬化		
351211	網膜出血		

右眼

【KW キースワグナー度】

0	1	2	3	4	5
0	I	II a	II b	III	IV

【SH 高血圧性変化】

0	1	2	3	4
0	I	II	III	IV

【SS 動脈硬化性変化】

0	1	2	3	4
0	I	II	III	IV

【SCOTT 糖尿病性変化】

10	1	2	3	4
0	I	I a	I b	II
5	6	7	8	9
III a	III b	IV	V	VI

【所見】 ※所見が悪い順に記入してください。

所見コード1	所見コード2

※「その他」の所見の場合に記入してください。

199:その他(所見名)

左眼

【KW キースワグナー度】

0	1	2	3	4	5
0	I	II a	II b	III	IV

【SH 高血圧性変化】

0	1	2	3	4
0	I	II	III	IV

【SS 動脈硬化性変化】

0	1	2	3	4
0	I	II	III	IV

【SCOTT 糖尿病性変化】

10	1	2	3	4
0	I	I a	I b	II
5	6	7	8	9
III a	III b	IV	V	VI

【所見】 ※所見が悪い順に記入してください。

所見コード1	所見コード2

※「その他」の所見の場合に記入してください。

199:その他(所見名)

※判定コード

コード	判定
1	所見なし
2	病所見健康
4	糖尿病網膜
5	糖尿病性白内障
6	治療・管理中
8	眼治療

※判定コードを記入してください

--

日付:

責任医師: