



福岡県医発第 325 号(地)

平成15年 5月 9日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師

会 長 関 原 敬 次 郎



原子爆弾被爆者健康診断に係る健診単価の改定について

新緑の候 貴職益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、厚生労働事務次官通知により福岡県保健福祉部を通じ別紙のとおり原子爆弾被爆者健康診断に係る健診単価の変更がありましたのでお知らせいたします。

なお、

- 1) 平成15年4月1日以降に実施した健康診断について適用となります。
- 2) 健診実施医療機関には、福岡県保健福祉部より通知が行われております。



15健保第40号の2  
平成15年5月1日

福岡県医師会地域医療課長 殿

福岡県保健福祉部健康対策課長  
(保健事業係)



原子爆弾被爆者健康診断に係る健診単価の改定について

本県の原爆被爆者援護施策については、日頃より御協力いただきお礼申し上げます。

このことについて、平成15年4月1日付厚生労働省発健第0418006号厚生労働事務次官通知により、下記のとおり原爆被爆者健康診断に係る健診単価（基準額）の変更がありましたのでお知らせします（昨年度から精密検査の単価のみが変更となっております。）。

平成15年4月1日以降に実施した健康診断について適用となります。

なお、健診実施医療機関には、本県から通知しております。

◎原爆被爆者健康診断費基準額一覧（平成15年4月1日以降から適用）

| 検査の種類                  | 検査項目                                                                                                                                                                     | 基準額                                                                                                                   |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 一般検査<br>(定期検査及び希望健診) | a. 視診、問診、聴診、打診及び触診<br>b. 赤血球沈降速度検査 c. 血球数計算<br>d. 血色素検査 e. 尿検査 f. 血圧測定<br>(g. 肝臓機能検査※1)                                                                                  | 4,914円<br>(2,321円※1)                                                                                                  |
| 2 がん検査<br>(希望健診のみ)     | A. 胃がん（問診、胃部エックス線検査）<br>B. 肺がん（問診、胸部エックス線検査、喀痰細胞診※2）<br>C. 乳がん（問診、視診、触診）<br>D. 子宮がん（問診、視診、内診、子宮頸部細胞診、体部細胞診※3、コルポスコープ検査※4）<br>E. 大腸がん（問診、便潜血検査）<br>F. 多発性骨髄腫（問診、血清蛋白分画検査） | A. 11,200円<br>B. 4,495円<br>(3,528円※2)<br>C. 2,730円<br>D. 6,153円<br>(2,835円※3)<br>(1,575円※4)<br>E. 4,116円<br>F. 1,796円 |
| 3 精密検査                 | 上記の検査の結果、医師が必要と認めた検査                                                                                                                                                     | 診療報酬点数により算定した額と6,518円のいずれか低い方の額                                                                                       |

※印については、医師が必要と認めた場合に実施（単価については加算）

