



福岡医発第 303 号 (地)
令和 4 年 4 月 22 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 4 年度原子爆弾被爆者健康診断 (第 1 回) の実施等について

本年 5 月 1 日から 6 月 30 日まで第 1 回原子爆弾被爆者定期健康診断を実施する旨、福岡県保険医療介護部がん感染症疾病対策課より通知がありました。

つきましては、今年度の被爆者健康診断実施医療機関名簿を送付いたしますので、貴会会員実施医療機関への周知方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 健康診断実施については、福岡県より被爆者に対して直接通知されております。
- 2) 名簿の掲載内容に追加・訂正等ございましたら、別添「登録申出書」に必要事項を記載のうえ、本会地域医療課宛 F A X (092-411-6858) にお送りください。
- 3) 今年度の基準額の変更点については下記のとおりとなっております。

記

(令和 4 年度原爆被爆者健康診断費基準額変更点)

検査の種類	令和 3 年度基準額	令和 4 年度基準額
一般検査	5, 6 2 1 円	5, 6 4 3 円
胃がん検査 (内視鏡検査)	1 6, 0 8 3 円	1 6, 1 0 4 円
肺がん検査 (喀痰細胞診)	3, 7 4 0 円	3, 5 2 0 円
子宮がん検査	6, 9 0 8 円	6, 6 8 8 円
多発性骨髄腫検査	1, 8 4 8 円	1, 6 2 8 円

以上

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 淡河喜雄
会長 島田昇二郎

4 疾 病 第 2 4 6 号
令 和 4 年 4 月 1 8 日

福 岡 県 医 師 会 長 殿

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課)

令和4年度原子爆弾被爆者健康診断（第1回）の実施について

本県の被爆者援護施策には、日頃より御協力いただき、お礼申し上げます。

さて、例年どおり、5月1日から6月30日まで第1回原子爆弾被爆者定期健康診断を実施します。今年度の被爆者健康診断実施医療機関名簿を送付しますので、被爆者や医療機関等からの問い合わせがありましたら、対応についてよろしく願いします。

なお、被爆者に対しては、本県から別紙のとおり通知します。

令和4年度第1回目被爆者健康診断のお知らせ

実施期間 令和4年5月1日から令和4年6月30日まで

受診方法 1 かかりつけ医または受診したい医療機関で受診できるかどうか確認してください（受診できない医療機関がありますので、別添「被爆者健康診断実施医療機関名簿」で御確認ください。）。

※ お問い合わせは、直接医療機関にされるか、お近くの県保健福祉（環境）事務所、福岡県原爆被害者相談所等にしてください。

2 医療機関に予約のうえ受診してください。

※ 当日持参する物

①被爆者健康手帳または健康診断受診者証（第一種）

②問診票

健康診断はみなさんの任意により受診するものですが、健康管理のために、とても大切なことなので出来る限り受診するようにしてください。

また、受診の結果「要精密検査」と判定された方は、精密検査を積極的に受診してください（本人負担はありません）。

交通手当 交通手当は公共交通機関を利用し（タクシーは対象となりません）、最も経済的な経路及び方法により往復で400円以上運賃がかかった方に支給されます。希望する方は医療機関に備え付けの「交通手当請求書」に記入して窓口に提出してください。

バスを御利用の場合、乗り降りしたバス停の名称は必ず正確に記入してください。

なお、交通手当は口座振替により支給しますので、あらかじめ振込口座を決めておいてください（健康管理手当等の手当受給者は手当の口座に振り込まれます。）。

また、事務処理の都合上、交通手当の支給が遅れることがありますので、御了承ください。

◎県保健福祉（環境）事務所の電話番号

○筑 紫 TEL 092-513-5583

○糸 島 TEL 092-322-1439

○粕 屋 TEL 092-939-1534

○宗像・遠賀 TEL 0940-36-2366

○嘉穂・鞍手 TEL 0948-21-4815

○田 川 TEL 0947-42-9345

○北筑後 TEL 0946-22-3964

○南筑後 TEL 0944-72-2185

○京 築 TEL 0930-23-2690

◎福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課の電話番号 TEL 092-643-3267

◎福岡県原爆被爆者相談所の電話番号 TEL 092-631-1508

《希望による健康診断について》

被爆者の方は、定期健康診断のほかに年2回を限度として、いつでも『希望による健康診断』を受診できます。

また、そのうち1回を『被爆者がん検診』として受診することができます。

がんは、早期発見、早期治療が大切です。健康管理のため進んで受診されるようおすすめいたします。なお、がん検診の概要は下記のとおりです。

(1) がん検診の項目

①胃がん検診 ②肺がん検診 ③乳がん検診 ④子宮がん検診 ⑤大腸がん検診 ⑥多発性骨髄腫検診

※平成28年度より希望者は胃がん検診を内視鏡検査で受診できます。

内視鏡検査は、医療機関によっては対応していないこともありますので、受診を希望する場合は医療機関で相談のうえ、受診してください。

(2) 受診の回数

がん検診を希望（申請）される方は、上記のすべての項目について年1回を限度として受診することができます。

(3) 実施機関

がん検診実施機関については、直接、別添の「被爆者健康診断実施医療機関名簿」の中から選び、そこで受診できるかどうか確認してください。

(4) 受診方法

実施医療機関に事前に連絡の上、申請書等を実施機関に提出してください。（申請書等は被爆者健康診断実施医療機関に備えつけてあります）。

なお、がん検診は予約が必要です。申請されてもすぐには受診できなかったり、2項目以上受診される場合、1日では全項目の検診ができないこともあります。実施医療機関で相談のうえ、受診してください。

(5) 当日持参する物

被爆者健康手帳（第一種健康診断受診者証）、及び各種保険証を忘れずに持参してください。

《問い合わせ先》

- ◎最寄りの県保健福祉（環境）事務所 健康増進課
- ◎北九州市各区役所 保健福祉課地域保健係
- ◎福岡市各区保健福祉センター 健康課健康づくり係
- ◎久留米市保健所 健康推進課
- ◎福岡県保健医療介護部 がん感染症疾病対策課
- ◎福岡県原爆被害者相談所

令和4年度第1回目被爆者健康診断のお知らせ

実施期間 令和4年5月1日から令和4年6月30日まで

受診方法 1 かかりつけ医または受診したい医療機関で受診できるかどうか確認してください（受診できない医療機関がありますので、別添「被爆者健康診断実施医療機関名簿」で御確認ください。）。

※ お問い合わせは、直接医療機関にされるか、お近くの北九州市各区役所、福岡市各区保健福祉センター、久留米市保健所、福岡県原爆被害者相談所等にしてください。

2 医療機関に予約のうえ受診してください。

※ 当日持参する物

①被爆者健康手帳または健康診断受診者証（第一種）

②問診票

健康診断はみなさんの任意により受診するものですが、健康管理のために、とても大切なことなので出来る限り受診するようにしてください。

また、受診の結果「要精密検査」と判定された方は、精密検査を積極的に受診してください（本人負担はありません）。

交通手当 交通手当は公共交通機関を利用し（タクシーは対象となりません）、最も経済的な経路及び方法により往復で400円以上運賃がかかった方に支給されます。希望する方は医療機関に備え付けの「交通手当請求書」に記入して窓口に提出してください。

バスを御利用の場合、乗り降りしたバス停の名称は必ず正確に記入してください。

なお、交通手当は口座振替により支給しますので、あらかじめ振込口座を決めておいてください（健康管理手当等の手当受給者は手当の口座に振り込まれます。）。

また、事務処理の都合上、交通手当の支給が遅れることがありますので、御了承ください。

◎北九州市各区役所、福岡市各区保健福祉センターの電話番号

門 司	TEL 093-331-1881	東	TEL 092-645-1078
小倉北	TEL 093-582-3440	博 多	TEL 092-419-1091
小倉南	TEL 093-951-4111	中 央	TEL 092-761-7340
戸 畑	TEL 093-871-1501	南	TEL 092-559-5116
若 松	TEL 093-761-5321	早 良	TEL 092-851-6012
八幡東	TEL 093-671-0801	城 南	TEL 092-831-4261
八幡西	TEL 093-642-1441	西	TEL 092-895-7073

◎久留米市保健所の電話番号

TEL 0942-30-9331

◎福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課の電話番号

TEL 092-643-3267

◎福岡県原爆被爆者相談所の電話番号

TEL 092-631-1508

《希望による健康診断について》

被爆者の方は、定期健康診断のほかに年2回を限度として、いつでも『希望による健康診断』を受診できます。

また、そのうち1回を『被爆者がん検診』として受診することができます。

がんは、早期発見、早期治療が大切です。健康管理のため進んで受診されるようおすすめいたします。なお、がん検診の概要は下記のとおりです。

(1) がん検診の項目

①胃がん検診 ②肺がん検診 ③乳がん検診 ④子宮がん検診 ⑤大腸がん検診 ⑥多発性骨髄腫検診

※平成28年度より希望者は胃がん検診を内視鏡検査で受診できます。

内視鏡検査は、医療機関によっては対応していないこともありますので、受診を希望する場合は医療機関で相談のうえ、受診してください。

(2) 受診の回数

がん検診を希望（申請）される方は、上記のすべての項目について年1回を限度として受診することができます。

(3) 実施機関

がん検診実施機関については、直接、別添の「被爆者健康診断実施医療機関名簿」の中から選び、そこで受診できるかどうか確認してください。

(4) 受診方法

実施医療機関に事前に連絡の上、申請書等を実施機関に提出してください。

(申請書等は被爆者健康診断実施医療機関に備えてあります)。

なお、がん検診は予約が必要です。申請されてもすぐには受診できなかったり、2項目以上受診される場合、1日では全項目の検診ができないこともあります。実施医療機関で相談のうえ、受診してください。

(5) 当日持参する物

被爆者健康手帳（第一種健康診断受診者証）、及び各種保険証を忘れずに持参してください。

《問い合わせ先》

◎最寄りの県保健福祉（環境）事務所 健康増進課

◎北九州市各区役所 保健福祉課地域保健係

◎福岡市各区保健福祉センター 健康課健康づくり係

◎久留米市保健所 健康推進課

◎福岡県保健医療介護部 がん感染症疾病対策課

◎福岡県原爆被害者相談所

令和4年度原爆被爆者健康診断費基準額一覧表

検査の種類	検査項目	基準額
1 一般検査 (定期健診及び希望健診)	a. 視診、問診、聴診、打診及び触診 b. CRP検査 c. 血球数計算 d. 血色素検査 e. 尿検査 f. 血圧測定 (g. 肝臓機能検査〈AST検査法、ALT検査法及びγ-GTP検査法〉※ ₁ 、h. ヘモグロビンA1c検査※ ₂)	5,643円(2,079円※ ₁ 539円※ ₂)
2 がん検査 (希望健診のみ)	A. 胃がん(問診、胃部エックス線検査又は内視鏡検査) B. 肺がん(問診、胸部エックス線検査、喀痰細胞診※ ₃) C. 乳がん(問診、視診、触診、乳房エックス線検査) D. 子宮がん(問診、視診、内診、子宮頸部細胞診、 体部細胞診※ ₄ 、コルポスコープ検査※ ₅) E. 大腸がん(問診、便潜血検査) F. 多発性骨髄腫(問診、血清蛋白分画検査)	A. 胃部エックス線検査 (直接撮影) 12,240円 (間接撮影) 7,855円 内視鏡検査 16,104円 B. 5,050円(3,520円※ ₃) C. 9,669円 問診、視診、触診のみ3,168円 D. 6,688円(5,720円※ ₄ 2,310円※ ₅) E. 4,356円 F. 1,628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 7,028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し、検査項目に記載の番号に対応する基準額×延検査人員数を加算する。

※精密検査の支払い金額内訳内に7,028円を超えている受診者がいても、検査人員数×基準単価の額内に収まっているのであれば支払っても差し支えない旨確認済み。(厚生労働省健康局総務課援護予算係確認済み)

【胃部エックス線検査の撮影方式は、直接撮影を原則とし、実施医療機関の状況によりやむを得ない場合は、間接撮影も可能とする】

被爆者健康診断の実施について（登録申出書）

- 1 健診の方法
- (1)被爆者の方が、実施医療機関名簿の中から受診先を選んで予約の上、来院します。
- (2)医療機関では、被爆者健康手帳の提示を受け、検査を行います。
- (3)検査後、被爆者健康手帳に結果を記入すると共に、必要な指導を行います。
- (4)請求書等については、北九州市、福岡市、久留米市の医療機関は県庁がん感染症疾病対策課に、それ以外の医療機関は管轄の県保健福祉（環境）事務所に提出します。
- 2 実施時期
- (定期健診) 令和4年5月から6月までと10月から11月までの年2回
- (希望健診) 随時
- ※被爆者の方は、定期健診を年2回と希望による健診を年2回受けることができます。（希望健診のうち1回はがん検診を受けることができます。）
- 3 検査項目等（基準額については、令和4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 (定期検査及び希望健診)	a. 視診、問診、聴診、打診及び触診 b. CRP検査 c. 血球数計算 d. 血色素検査 e. 尿検査 f. 血圧測定 (g. 肝臓機能検査〈AST検査法、ALT検査法及びγ-GTP検査法〉※1、h. ヘモグロビンA1c検査※2)	5,643円 (2,079円※1 539円※2)
2 がん検査 (希望健診のみ)	A. 胃がん（問診、胃部エックス線検査又は内視鏡検査） B. 肺がん（問診、胸部エックス線検査、喀痰細胞診※3） C. 乳がん（問診、視診、触診、乳房エックス線検査） D. 子宮がん（問診、視診、内診、子宮頸部細胞診、体部細胞診※4、コルポスコープ検査※5） E. 大腸がん（問診、便潜血検査） F. 多発性骨髄腫（問診、血清蛋白分画検査）	A. 胃部エックス線検査 （直接撮影）12,240円 （間接撮影）7,855円 内視鏡検査 16,104円 B. 5,050円(3,520円※3) C. 9,669円(問診、視診、 触診のみは3,168円) D. 6,688円 (5,720円※4)(2,310円※5) E. 4,356円 F. 1,628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7,028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し、検査項目に記載の番号に対応する基準額×延検査人員数を加算する。
※精密検査の支払い金額内訳内に7,028円を超えている受診者がいても、検査人員数×基準単価の額内に収まっているのであれば支払っても差し支えない。

【胃部エックス線検査の撮影方式は、直接撮影を原則とし、実施医療機関の状況によりやむを得ない場合は、間接撮影も可とする】

- 4 問い合わせ先
- 登録申出について：本申出書を福岡県医師会へFAX（092-411-6858）
- 実施・請求について：管轄の県保健福祉（環境）事務所又は県庁がん感染症疾病対策課
- (TEL：092-643-3267)

※登録申込み欄 ⇒ 申請区分に○をつけてください。（新規登録 ・ 登録内容変更 ・ 登録削除）

医療機関名	代 表 者		所 在 地			
			〒			
TEL番号（市外局番から）	がん検査（できる項目を○で囲んでください。）					
	胃がん	肺がん	乳がん	子宮がん	大腸がん	多発性骨髄腫

福岡県原子爆弾被爆者健康診断実施要領

「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）（以下「法」という。）」第7条、法第8条及び法第9条に基づき福岡県内に居住する原子爆弾被爆者を対象として実施する健康診断は、この要領に基づき、適正、円滑な実施を図り、被爆者の健康の保持と向上に努めるものとする。

さらに、第一種健康診断受診者証を所持する者は法附則第17条の規定に基づき、原子爆弾被爆者とみなしてこの要領を適用する。この場合において、この要領中被爆者健康手帳とあるのは、第一種健康診断受診者証と読み替えるものとする。

第1 健康診断の種類

- 1 健康診断は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（平成7年厚生省令第33号）（以下「規則」という。）」第9条第1項に規定する県知事が期日及び場所を指定して年2回行うもの（以下「定期健康診断」という。）及び被爆者の申請により年2回を限度として行うもの（以下「希望による健康診断」という。）の2種類とする。
- 2 前項の健康診断は、規則第9条第2項に規定する一般検査及び精密検査によって行うものとし、精密検査は、一般検査の結果更に精密な検査を必要とする者について行うものとする。

第2 健康診断の内容

1 定期健康診断（一般検査）

(1) 実施機関

実施機関は、次のいずれかに該当する機関とする。

ア 県と委託契約した医療機関

イ 福岡県医師会が県に実施医療機関として報告した医療機関

この場合、県は福岡県医師会と本事業実施についての委託契約を締結するものとする。

(2) 実施時期

第1回 毎年5月1日から6月30日まで

第2回 毎年10月1日から11月30日までに実施するものとする。

(3) 検査項目

規則第9条第3項に規定する以下の項目について実施すること。

ア 視診、問診（別紙問診票による）、聴診、打診及び触診による検査

イ CRP検査（CRP定量検査）

ウ 血球数計算

エ 血色素検査

オ 尿検査（ウロビリノーゲン、糖、蛋白、潜血）（定性検査）

カ 血圧測定

キ 上記の検査の結果、医師が必要と認めた場合に限り、A S T検査法、A L T検査法、及びγ-G T P検査法による肝臓機能検査

ク 医師が必要と認めた場合に限り、ヘモグロビンA 1 c検査

(4) 実施の手順

ア 検査の通知

県は、県内の被爆者に対し、実施時期、実施場所及びその他検査の必要事項を、おおむね一週間前に通知するものとする。

イ 検査手続

検査に際しては、被爆者健康手帳または受診者証を必ず提示させ、被爆者であることを確認した後実施すること。

ウ 検査終了後の措置

(ア) 検査結果を、健康診断個人票（一般検査用、様式第四号（一））及び被爆者健康手帳ならびに受診者証の所定欄に記入するとともに、その結果に基づき適切な健康上の指導を行うこと。

(イ) 検査の結果、精密検査を必要とする被爆者に対しては、同一機関で精密検査を引き続き実施できる場合は実施し、そうでない場合は検査可能な他の実施機関に連絡をとるなどして円滑に実施できるよう取りはからうこと。

(ウ) 2ヶ月分の検査の実施状況、結果等を取りまとめるうえ「原爆被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書（一般検査・がん検査、様式第1号）」により健康診断個人票と併せて、速やかにがん感染症疾病対策課に提出すること。

なお、提出先については、北九州市、福岡市及び久留米市内の医療機関は県庁がん感染症疾病対策課に直接提出し、それ以外の医療機関はそれぞれの管轄の保健福祉環境事務所、保健福祉事務所に提出するものとする。

2 定期健康診断（精密検査）

(1) 実施機関

定期健康診断（一般検査）と同じ

(2) 実施時期

原則として、一般検査を実施した日から1ヶ月以内に実施するものとする。

(3) 検査項目

規則第9条第5項に規定する以下の項目について、医師が必要と認める項目を適宜選択し、必要があれば、一般検査の項目についても検査を行うものとする。

ア 骨髄造血像検査等の血液の検査

イ 肝臓機能検査等の内臓の検査

ウ 関節機能検査等の運動器の検査

エ 眼底検査等の視器の検査

オ 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査

カ その他必要な検査

(4) 実施手順

ア 検査手続き

検査に際しては、被爆者健康手帳を提示させ、被爆者であることを確認し行うこと。

イ 検査事項

精密検査にあたっては、必要に応じ若干の日時をおいて精密検査の一部の項目を追加し、または繰り返して実施する。

ウ 検査終了後の措置

(ア) 検査の結果を健康診断個人票（精密検査用、様式四号（三）様式をいう。）及び被爆者健康手帳の所定欄に記入すること。

(イ) 2ヶ月分の検査結果を取りまとめるうえ「原子爆弾被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書（精密検査、様式第2号）」により健康診断個人票と併せて、速やかにがん感染症疾病対策課に提出すること。

なお、提出先については、北九州市、福岡市及び久留米市内の医療機関は県庁がん感染症疾病対策課に直接提出し、それ以外の医療機関はそれぞれの管轄の保健福祉環境事務所、保健福祉事務所に提出するものとする。

(ウ) 検査の結果、被爆者健康手帳を所持する被爆者で医療を要するものと診断され、法第11条第1項の認定申請（当該負傷又は疾病が原子爆弾の傷害作用に起因する旨の厚生労働大臣の認定）を必要とする者については、その都度、必要な助言指導を行うものとする。

3 希望による健康診断

(1) 実施機関

定期健康診断（一般検査）と同じ

(2) 実施時期

被爆者の申請に基づき、一人につき年2回を限度として実施するものとする。

ただし、規則第9条第4項に規定する検査は、前記の検診のうちの1回に替えて受診できるものとする。

(3) 検査項目

一般検査、精密検査とも定期健康診断の検査項目と同様に実施するが、まず、被爆者について一般検査の全項目を実施し、その結果、精密検査の必要があると認めた場合に該当する項目の精密検査を実施するものとする。

なお、規則第9条第4項に規定する検査については別添2の「福岡県原子爆弾被爆者がん検診実施要領」により実施するものとする。

(4) 実施の手順

ア 受診の申請

希望による健康診断は、被爆者からの申請により「希望による健康診断」受診申請書（様式第3号）を提出させたのち行うものとし、この場合、この申請書によって希望による健康診断を依頼したものとする。

イ 検査手続き

検査に際しては、被爆者健康手帳を提示させ、被爆者であることを確認のうえ行うものとする。

ウ 検査事項

定期健康診断と同様に実施するものとする。

エ 検査終了後の措置

検査終了後の措置については、定期健康診断（一般検査、精密検査）と同様に行うものとする。

ただし、被爆者健康手帳の検査欄の該当部分の余白に「希」と朱書きして希望による健康診断であることを明らかにする。

4 その他

- (1) 健康診断個人票及び問診票は検査実施機関において5年間保管するものとする。
- (2) 検査の際提示された被爆者健康手帳は、検査結果、検査成績等、所要の事項を記入し、速やかに被爆者に返還するものとする。
- (3) 検査の受診者に対する交通手当の支給に関しては、「福岡県原子爆弾被爆者交通手当支給要綱」によることとする。

附則

この要領は、平成13年4月1日から施行し、従前の福岡県原子爆弾被爆者健康診断実施要領（平成12年4月1日）は廃止する。

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要領は、平成21年10月1日から施行する。

附則

この要領は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この要領は、令和元年5月10日から施行し、改正後の福岡県原子爆弾被爆者健康診断実施要領の規定は、令和元年5月7日から適用する。

附則

この要領は、令和2年12月25日から施行する。

附則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

福岡県原子爆弾被爆者がん検診実施要領

1 目的

被爆者健康診断の一環としてがん検診を行うことにより、もって被爆者の健康に対する不安の解消と健康管理の充実を図ることを目的とする。

2 対象者

福岡県内に居住する被爆者及び健康診断受診者証所持者（以下「被爆者」という。）とする。

3 検診項目

がん検診は、次の6項目を行う。

- (1) 胃がん検診 (2) 肺がん検診 (3) 乳がん検診 (4) 子宮がん検診
- (5) 大腸がん検診 (6) 多発性骨髄腫検診

4 検診実施機関

県と委託契約した医療機関。

ただし、（公社）福岡県医師会員の医療機関にあつては、同会が県に実施医療機関として報告した医療機関とする。

5 検診回数

希望による健康診断のうち、年1回を限度としてがん検診を実施することができる。

なお、ここでいう年1回とは、3に定める各検診項目について言うもので、数回に分けて実施しても差し支えないものとする。

6 実施に関する事項

(1) 受診の申請

希望による健康診断は、被爆者等からの申請により別紙様式第3号『「希望による健康診断」受診申請書』を提出させたのち行うものとし、この場合、この申請書によって希望による健康診断を依頼したものとする。

(2) 検査手続き

検査に際しては、被爆者健康手帳または健康診断受診者証を提示させ、被爆者であることを確認のうえ行うものとする。

(3) 検診の実施

ア 検診実施機関は本要領に基づき、がん検診を実施するとともに、その結果を健康診断個人票（一般検査がん検診用、精密検査用）及び被爆者健康手帳に記載し、別紙様式第1号「原爆被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書（一般検査・がん検査）」により、その結果を北九州市、福岡市及び久留米市にある医療機関にあつては直接県（がん感染症疾病対策課）に、それ以外の医療機関にあつては、管轄の保健福祉環境事務所、保健福祉事務所に報告すること。

- イ 一般検査の結果、必要があると認めたときは被爆者等に対し、検査結果内容に応じ、精密検査の受診及び実施等適切な指導を行うこと。

7 検査内容

(1) 胃がん検診

検査内容は問診に加え、胃部エックス線検査又は胃内視鏡検査のいずれかとする。

ア 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

イ 胃部エックス線検査

(ア) 撮影方式

直接撮影又は間接撮影とする。ただし、間接撮影は7×7 cm以上のフィルムを用いることとし、撮影装置は被爆線量の低減を図るため、イメージ・インテンシファイア方式が望ましい。

(イ) 撮影枚数

最低7枚とする。

(ウ) 体位等

日本消化器がん検診学会による「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版（2011年）」を参考にすること。

なお、造影剤の使用に当たっては、その濃度を適性に保つとともに副作用等の事故に注意すること。

(エ) 読影

胃部エックス線写真の読影は原則として十分な経験を有する2名以上の医師により行うこと。

(オ) 写真の保存

検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。

ウ 胃内視鏡検査

胃内視鏡検査の実施に当たっては、日本消化器がん検診学会による「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル 2015年度版」を参考にすること。

(2) 肺がん検診

検診内容は、問診、胸部エックス線検査及び喀痰細胞診とする。ただし、喀痰細胞診は問診の結果医師が必要と認める者に対し行う。

ア 問診

問診に当たっては、喫煙歴、職歴及び血痰の有無は必ず聴取し、かつ、過去の検診受診状況等を聴取する。

イ 胸部エックス線検査

(ア) 撮影方式

直接撮影による。

(イ) 読影

胸部エックス線写真については、2名以上の医師（このうち1名は十分な経験を

有すること。)が読影する。またその結果によっては、過去に撮影した胸部エックス線写真と比較読影することが望ましい。

(ウ) 写真の保存

検診実施機関は、画像や検体及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。

ウ 喀痰細胞診

(ア) 問診の結果喀痰細胞診が必要と認められた者に喀痰採取容器を配布し喀痰を採取する。喀痰は、起床時の早期痰を原則とし、最低3日の蓄痰又は3日の連続採痰とする。

また、採取した喀痰(細胞)は固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。

(イ) 検体の顕微鏡検査は十分な経験を有する医師及び臨床検査技師が行う。この場合において、医師及び臨床検査技師は日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

また、同一検体から作成された2枚以上のスライドは、2名以上の技師が、スクリーニングする。

(ウ) 検診実施機関は、画像や検体及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。

(3) 乳がん検診

検診内容は、問診、視診、触診及び乳房エックス線検査とする。なお、視診及び触診のみは推奨しないが、仮に実施する場合は、乳房エックス線検査と併せて実施するよう努めること。

ア 問診

問診に当たっては、現在の症状、月経及び妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

イ 視診

乳房、乳房皮膚、乳頭及び腋窩の状況を観察する。

ウ 触診

乳房、乳頭及びリンパ節の触診を行う。

エ 乳房エックス線検査

(ア) 実施機関

乳房エックス線撮影の実施機関は、当該検査を実施するに適格な撮影装置(原則として日本医学放射線学会の定める仕様基準を満たし、少なくとも適切な線量及び画質基準を満たすこと。)を備えるものとする。

(イ) 撮影方法

両側乳房について、内外斜位方向撮影を行う。ただし、内外斜位方向撮影を補完する方法として、頭尾方向撮影を追加することは差し支えない。この場合において、撮影者は日本乳がん検診精度管理中央機構(日本乳癌検診学会、日本乳癌学会、日本医学放射線学会、日本産科婦人科学会、日本放射線技術学会、日本医学物理学会、日本乳腺甲状腺超音波医学会、日本超音波医学会及び日本超音波検

査学会により構成される委員会をいう。以下同じ。)が開催する乳房エックス線検査に関する講習会又はこれに準ずる講習会を修了した診療放射線技師が乳房撮影を行うことが望ましい。

(ウ) 読影

乳房エックス線写真の読影は、適切な読影環境の下で、二重読影（うち1名は十分な経験を有する医師であること。）により行う。

(エ) 写真の保存

検診実施機関は、画像及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。

(4) 子宮がん検診

検診内容は、問診、視診、内診、子宮頸部の細胞診、コルポスコープ検査及び子宮体部の細胞診（子宮内膜細胞診）とする。ただし、コルポスコープ検査及び子宮体部の細胞診は問診等の結果医師が必要と認める者に対し行う。

ア 問診

問診に当たっては、不正性器出血等の現在の症状、月経及び分娩・妊娠等に関する事項、既往歴、家族歴、過去の検診の受診状況等を聴取する。

イ 視診

膣鏡により子宮頸部の状況を観察する。

ウ 内診

双合診を行う。

エ 子宮頸部及び子宮体部の細胞診

(ア) 子宮頸部の細胞診については子宮頸管及び膣部表面の全面擦過法、子宮体部の細胞診については吸引法又は擦過法によって検体を採取し、迅速に固定した後、パパニコロウ染色を行い顕微鏡下で観察する。

(イ) 検体の顕微鏡検査は十分な経験を有する医師及び臨床検査技師が行う。

この場合において、医師及び臨床検査技師は日本臨床細胞学会認定の細胞診専門医及び細胞検査士であることが望ましい。

(ウ) 子宮頸部の細胞診の結果は、ベセスダシステムによって分類する。ただし、細胞診クラス分類（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ（Ⅲa、Ⅲb）、Ⅳ、Ⅴ）を併用しても差し支えない。

(エ) 子宮体部の細胞診の結果は「陰性」、「疑陽性」、又は「陽性」に区分する。

(オ) 検診実施機関は、検体及び検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。

(5) 大腸がん検診

検診内容は、問診及び便潜血検査とする。

ア 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴及び過去の検診の受診状況等を聴取する。

イ 便潜血検査

免疫便潜血検査2日法で行う。

(ア) 検診受診者から検診実施機関への検体輸送は、温度管理が困難であり検査の

精度が下がるので原則として行わない。

(イ) 検体の測定については、検体回収後速やかに行う。速やかな測定が困難な場合は冷蔵保存すること。

(ウ) 検査の結果は、「便潜血陰性」及び「要精検」に区分する。

(エ) 検診実施機関は、検診結果を少なくとも5年間保存しなければならない。

(6) 多発性骨髄腫検診

検査内容は問診及び血清蛋白分画検査とする。

ア 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴、過去の受診状況等を聴取する。

イ 血清蛋白分画検査

電気泳動法により行う。

8 その他

(1) 健康診断個人票及び問診票は検査実施機関において5年間保管するものとする。

(2) 検査の際提示された被爆者健康手帳は、検査結果、検査成績等、所要の事項を記入し、速やかに被爆者に返還するものとする。

(3) 受診者に対する交通手当の支給に関しては、「福岡県原子爆弾被爆者交通手当支給要綱」によることとする。

(4) この要領は、平成18年4月1日から適用する。

(5) 従前の福岡県原子爆弾被爆者がん検診実施要領（平成13年4月1日）は廃止する。

附則

この要領は、平成21年10月1日から施行し、適用する。

附則

この要領は、平成28年4月1日から施行し、適用する。

附則

この要領は、平成29年4月1日から施行し、適用する。

附則

この要領は、令和2年12月25日から施行する。

附則

この要領は、令和3年4月1日から施行する。

福岡県原子爆弾被爆者交通手当支給要綱

1 趣旨

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律(平成6年法律第117号)に基づき、原子爆弾被爆者(以下「被爆者」という)に対して健康診断を実施し、健康管理を行っているが、被爆者の受診率向上のため、健康診断受診者に対して交通手当を支給し、健康管理の強化を図ろうとするものである。

2 支給対象者

被爆者であって、健康診断を知事が指定した検査実施機関で受診した者で下記のいずれかに該当する者。

- (1) 一般検査またはがん検診を受診するため、交通費として1回400円以上支出した者。
- (2) 精密検査を受診するために交通費を支出した者。

3 算定方法及び支給額

受診者が健康診断を受診するため、その者の居住地等と検査実施機関との間の往復に要した交通費(公共交通機関を利用した最も経済的な経路及び方法による運賃)の実費とする。ただし、一般検査またはがん検診を受診者でその支出額が400円未満の者については支給しない。

4 請求及び支給の方法

- (1) 受診者は別紙「交通手当請求書」により、検査実施機関を経由して請求することとする。
- (2) 検査実施機関は、氏名、請求額、口座等を確認の上、一月分をまとめて速やかに知事に提出する。

なお、提出先については、北九州市、福岡市及び久留米市内の医療機関はがん感染症疾病対策課に直接提出し、それ以外の医療機関は管轄の保健福祉環境事務所、保健福祉事務所に提出するものとする。

- (3) 知事は、請求のあった日の属する月の翌月末日に、口座振替の方法により支給する。

5 その他

- (1) 一回の検査に際し、特に必要があって、同一受診者が、二度にわたって検査実施機関で受診したときは、交通手当はその都度支給するものとする。
- (2) この要綱は、平成13年4月1日の受診者から適用する。
- (3) 従前の原子爆弾被爆者交通手当支給要綱は廃止する。

附則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成21年10月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成31年5月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和２年１２月２５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。

問 診 票

(面接年月日 年 月 日)

氏 名 男・女 明・大・昭 年 月 日生 才

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または、仕事を休んで寝込んだことがありますか？

ない ある ———医師の診察を受けましたか？ 受けない 受けた

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問に「はい」「いいえ」のどちらかを○印で答えてください。

- | | | |
|------------------------------------|------|-----|
| 1. 突然胸の奥がしめつけられるように苦しくなることがありますか？ | ない | ある |
| 2. 動悸・息切れがして気分悪くなることがありますか？ | ない | ある |
| 3. 手足がふるえたり、体のどこかに感じのにぶいところがありますか？ | ない | ある |
| 4. せきやたんが最近特にふえましたか？ | ふえない | ふえた |
| 5. 最近食欲はありますか？ | ある | ない |
| 6. たびたび腹痛がありますか？ | ない | ある |
| 7. 胸やけがしたりすっぱいものが口の中にあがってきたりしますか | しない | する |
| 8. 最近急にやせてきましたか？ | やせない | やせた |
| 9. 仕事が続けられないほど、背中や腰が痛みますか？ | 痛まない | 痛む |

*以下は女性のみ

- | | | |
|--------------------------------|----|----|
| 1 0. 最近月経以外に性器からの出血はありますか？ | ない | ある |
| 1 1. 最近おりものが多くなりましたか？ | ない | ある |
| 1 2. 乳房を手のひらでおさえると固いしこりがありますか？ | ない | ある |

III 医師に特に相談したいことがあったら書いてください。

※ この問診票は、受診の時に直接医療機関に提出してください。(医療機関保管)

原爆被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書(一般検査・がん検査)

福岡県知事 殿

一金 円也

ただし、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第7条に基づく健康診断委託料
上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(所在地)

(名 称)

(代表者)

内訳(月分 名)

要精密 ○ 印	被爆者健康手帳番号	氏 名	性別	年齢	検査実施年月日	金 額	一般検査	肝機能 ヘモグロビン A1c	胃がん	肺がん	喀痰	乳がん	子宮がん			大腸がん	骨髄腫
													頸部	体部	コルポ		

※1 一般検査とがん検査を同時に実施した場合については、一般検査分とがん検査分とは別葉で作成してください。
※2 検査項目欄については、実施した項目全てに○を付けてください。
※3 金額については、「原爆被爆者健康診断費交付金(検査費)基準額一覧表」に基づき、各検査項目の基準額を合算した金額を記入してください。

一般検査・がん検査 請求内訳

検査実施
医療機関名

要精密 ○印	被爆者健康手帳番号	氏名	性別	年齢	検査実施年月日	金額	一般検査	肝機能	γ-GTP/Alc	胃がん	肺がん	喀痰	乳がん	子宮がん			大腸がん	骨髄腫
														頸部	体部	コルポ		

※1 一般検査とがん検査を同時に実施した場合については、一般検査分とがん検査分とは別葉で作成してください。

※2 検査項目については、実施した項目全てに○を付けてください。

※3 金額については、「原爆被爆者健康診断費交付金(検査費)基準額一覧表」に基づき、各検査項目の基準額を合算した金額を記入してください。

原爆被爆者健康診断実施報告書兼委託料交付請求書(精密検査)

福岡県知事 殿

一金 円也

ただし、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第7条に基づく健康診断委託料

(令和 年 月分)

検査人員数	基準単価	金額(A×B)	実支出額	請求金額
(A)	(B)	(C)	(D)	(C)又は(D)のいずれか低い方の額
人	円	円	円	円

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(所在地)

(名 称)

(代表者)

※1 (B)基準単価は、「原爆被爆者健康診断費交付金(検査費)基準額一覧表」の基準額を記入してください。
※2 (D)実支出額は、診療報酬点数表によって算定した額(請求内訳の合計金額)を記入してください。

精密検査請求内訳

検査実施
医療機関名

区 分		検 査			内 訳			点 数 計	金 額
		検査実施項目	回数	点 数	検査実施項目	回数	点 数		
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								
氏名									
手帳番号									
実施日	平成 年 月 日								

「希望による健康診断」

受診申請書

被爆者健康手帳番号 第 号	区分	一般 一般がん(胃がん・肺がん・子宮がん 乳がん・大腸がん・多発性骨髄腫)
氏 名	性別	生 年 月 日
	男・女	明・大・昭 年 月 日
居住地 〒		

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則第9条の規定による「申請による健康診断」を受けたく申請します。

令和 年 月 日

申請者氏名

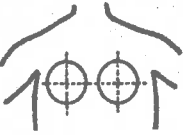
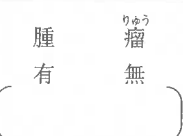
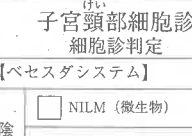
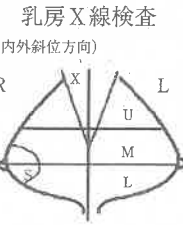
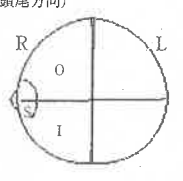
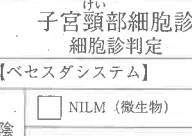
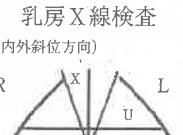
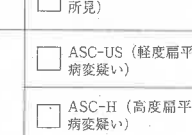
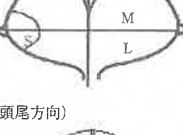
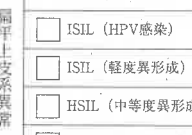
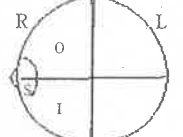
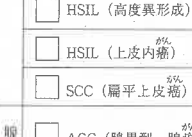
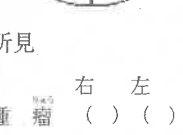
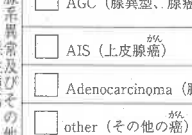
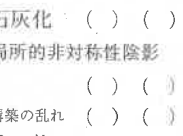
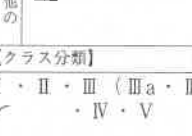
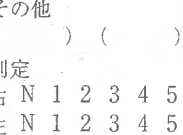
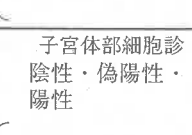
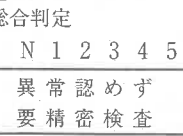
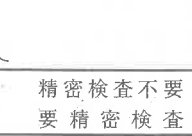
福岡県知事 殿

(検診実施機関記入欄)

受診機関	受診月日 月 日
	午前 : 午後 :

整理番号																					
健康診断個人票（一般検査用）																					
ふりがな					性別	男・女	生年月日		明治 大正 昭和		年		月		日		被爆者健康手帳番号				
氏名																					
居住地		都道府県		区市郡		町村												番地			
被爆時の事情	被爆地	爆心地から約 キロメートル										法第1条による区分		第1号・第2号 第3号・第4号							
	第1号該当者の被爆の状況	屋内	木造・コンクリート・石造										屋外	しゃへい遮蔽の有・無							
既往症	被爆時前の既往歴																				
	被爆直後の行動 （おおむね3週間以内）																				
	原爆によると思われる急性症状 （おおむね6箇月以内）		貧血	有・無	熱傷	有・無	下痢	有・無	脱毛	有・無	発熱	有・無									
			外傷	有・無	皮膚粘膜の出血			有・無	急性症状の持続時間			約 箇月									
	原爆によると思われる慢性症状		貧血	有・無	めまい	有・無	疲労感	有・無	筋痛	有・無	衰弱感	有・無									
		ケロイド	有・無	その他																	
現症	理学的検査		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日								
	臨床病理学的検査	白血球数																			
			/mm ³				/mm ³				/mm ³				/mm ³						
		赤血球数	×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³						
		ヘモグロビン	g/dℓ				g/dℓ				g/dℓ				g/dℓ						
		ヘマトクリット	%				%				%				%						
		ヘモグロビンA1c	%				%				%				%						
		肝臓機能検査	AST			ALT			AST			ALT			AST			ALT			
			γ-GTP			IU/ℓ		γ-GTP			IU/ℓ		γ-GTP			IU/ℓ		γ-GTP			IU/ℓ
		C R P	mg/dℓ				mg/dℓ				mg/dℓ				mg/dℓ						
		尿検査	たん蛋	陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性					
			糖	陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性					
			ウロビリノーゲン	増加・正常・減少				増加・正常・減少				増加・正常・減少				増加・正常・減少					
			潜血	陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性					
血圧値	最大	mmHg				最大	mmHg				最大	mmHg				最大	mmHg				
	最小	mmHg				最小	mmHg				最小	mmHg				最小	mmHg				
判定		異常認めず 要精密検査				異常認めず 要精密検査				異常認めず 要精密検査				異常認めず 要精密検査							
特に記すべき医師の意見																					
実施場所																					
実施機関名																					
担当医師氏名																					

整理番号																						
健康診断個人票（一般検査用）																						
ふりがな				性別		男 ・ 女		生年月日		明治 大正 昭和		年		月		日		被爆者 健康手帳 番号				
氏名																						
居住地		都道府県		区市郡		町村												番地				
被爆時の 事情	被爆地	爆心地から約 キロメートル										法第1条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号								
	第1号該当者の 被爆の状況	屋内		木造・コンクリート・石造										屋外		しやへい 遮蔽の有・無						
既往 症	被爆時前の既往歴																					
	被爆直後の行動 （おおむね3週間以内）																					
	原爆によると 思われる急性症状 （おおむね6箇月以内）		貧血		有・無		熱傷		有・無		下痢		有・無		脱毛		有・無		発熱		有・無	
			外傷		有・無		皮膚粘膜の出血				有・無		急性症状の 持続時間				約 箇月					
	原爆によると 思われる慢性症状		貧血		有・無		めまい		有・無		疲労感		有・無		筋痛		有・無		衰弱感		有・無	
		ケロ イド		有・無		その他																
現 病 理 学 的 検 査	理学的検査		年 月 日				年 月 日				年 月 日				年 月 日							
	臨床 病 理 学 的 検 査	白血球数																				
			/mm ³				/mm ³				/mm ³				/mm ³							
		赤血球数	×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³				×10 ⁴ /mm ³							
		ヘモグロビン	g/dℓ				g/dℓ				g/dℓ				g/dℓ							
		ヘマトクリット	%				%				%				%							
		ヘモグロビンA1c	%				%				%				%							
		肝臓機能検査	AST			ALT			AST			ALT			AST			ALT				
			γ-GTP			IU/ℓ			γ-GTP			IU/ℓ			γ-GTP			IU/ℓ				
		C R P	mg/dℓ				mg/dℓ				mg/dℓ				mg/dℓ							
		尿 検 査	たん 蛋 白	陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性						
			糖	陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性						
			ウロビリ ノーゲン	増加・正常・減少				増加・正常・減少				増加・正常・減少				増加・正常・減少						
			潜血	陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性				陽性・陰性						
血圧値	最大		mmHg				mmHg				mmHg				mmHg							
	最小	mmHg				mmHg				mmHg				mmHg								
判 定			異常認めず 要精密検査				異常認めず 要精密検査				異常認めず 要精密検査				異常認めず 要精密検査							
特に記すべき 医師の意見																						
実施場所																						
実施機関名																						
担当医師氏名																						

整理番号		健康診断個人票				(一般検査(がん検診)用)	
ふりがな		性 男 別 女	年齢	歳	明治 大正 昭和	年	月 日生
氏 名		都道府県	区市郡	町村	番地	被爆者健康手帳番号	
居住地							
	胃がん検診	肺がん検診	乳がん検診	子宮がん検診	大腸がん検診	多発性骨髄腫検診	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
既往歴							
現 検 査 所 見 症	症状						
	X線(直接・間接) 内視鏡 部位 	X線(直接) 	視診・触診部位 	視診・内診所見 	便 潜 血 陰性・陽性	血清蛋白分画 総たん 白 g/dl A/G アルブミン % α1グロブリン % α2グロブリン % βグロブリン % γグロブリン % M成分	
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
		乳房X線検査 (内外斜位方向) R X L 	乳房X線検査 (頭尾方向) R O L 	腫 瘤 右 左 () () 石灰化 () () 局所的非対称性陰影 () () 構築の乱れ () () その他 () () 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	腫 瘤 右 左 () () 石灰化 () () 局所的非対称性陰影 () () 構築の乱れ () () その他 () () 判定 右 N 1 2 3 4 5 左 N 1 2 3 4 5 総合判定 N 1 2 3 4 5	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
		腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()			
腫 瘤 有 無 ()	子宮頸部細胞診 細胞診判定 【ベセスダシステム】 陰性 ☐ NILM (微生物) ☐ NILM (その他の非腫瘍性所見) ☐ ASC-US (軽度扁平上皮内病変疑い) ☐ ASC-H (高度扁平上皮内病変疑い) ☐ ISIL (HPV感染) ☐ ISIL (軽度異形成) ☐ HSIL (中等度異形成) ☐ HSIL (高度異形成) ☐ HSIL (上皮内癌) ☐ SCC (扁平上皮癌) ☐ AGC (腺異型、腺癌疑い) ☐ AIS (上皮腺癌) ☐ Adenocarcinoma (腺癌) ☐ other (その他の癌)	子宮体部細胞診 陰性・偽陽性・陽性 ()					
判定	精密検査不要 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	異常認めず 要精密検査	精密検査不要 要精密検査	便潜血陰性 要精密検査	異常認めず 要精密検査	
特に記すべき医師の意見							
実施場所							
実施機関名							
担当医師名							

(日本工業規格 A 列 4 番)

整理番号															健康診断個人票 (精密検査用)														
検査 科目	ふりがな					性別	男	生 年 月 日	明治 大正 昭和					被爆者健康手帳番号															
	氏 名						女																						
内	居住地					福岡県					区市 郡					町 村					番地								
外																													
眼	被爆 時 の 事 情	被爆 地	爆心地から約										キロメートル					法第1条に よる区分					第1号・第2号 第3号・第4号						
その他		第1号該当者の 被爆の状況		屋 内		木造・コンクリート・石造										屋 外		第1号・第2号 第3号・第4号											
		被爆直後の行動 (おおむね3週間以内)																											
既 往 歴												現					(理学的検査)												
												症																	
(臨床病理学的検査)															年 月 日					年 月 日									
現 在 症	血液 学 的 検 査	白血球数	/mm ³		血液 学 的 検 査 (白血球百分比(%))	好中球	桿状核	その他の 検査	年 月 日																				
		赤血球数	万/mm ³			分葉核																							
		ヘモグロビン	g/dl			好酸球																							
		ヘマトクリット	%			好塩基球																							
		網状赤血球数	‰			単 球																							
		血小板数	万/mm ³			リンパ球																							
						リンパ芽球																							
		ヘモグロビンA1c	%			後骨髄球																							
	血液 生 化 学 的 検 査	A S T	IU/l		骨 髄 球																								
		A L T	IU/l		前骨髄球																								
		γ-GTP	IU/l		骨髄芽球																								
					形質細胞																								
血 圧 値	最大 最小	mmHg mmHg	検 査	混 濁																									
				たん 蛋 白																									
				糖																									
				ウロビリノーゲン																									
				潜 血																									
								判 定	異常の有無及び 異常があるときはその症状又は 診断名		年 月 日																		
								特 に 記 す べ き 医 師 の 意 見	治療の要否		無 ・ 有 ()																		
									(入 院) 要 ・ 否 (入院外)																				
								実施場所																					
								実施機関名																					
								担当医師氏名																					

整理番号														
健康診断個人票 (精密検査用)														
検査 科目	ふりがな				性別	男 ・ 女	生年 月日	明治 大正 昭和	年	月	日	被爆者健康手帳番号		
	氏名													
内	居住地	福岡県			区市 郡			町村			番地			
外														
眼	被爆 時の 事情	被爆地	爆心地から約						キロメートル			法第1条に よる区分	第1号・第2号 第3号・第4号	
		第1号該当者の 被爆の状況	屋 内	木造 ・ コンクリート ・ 石造				屋 外	第1号・第2号 第3号・第4号					
その他	被爆直後の行動 (おおむね3週間以内)													
既 往 歴						現	(理学的検査)							
						症								
(臨床病理学的検査)														
現 症	血液 学的 検査	白血球数	/mm ³	血液 学的 検査 (白血球百分比 (%) も)	好中球	桿状核	その他の検査	年 月 日						
		赤血球数	万/mm ³		分葉核									
		ヘモグロビン	g/dl		好酸球									
		ヘマトクリット	%		好塩基球									
		網状赤血球数	‰		単 球									
		血小板数	万/mm ³		リンパ球									
					リンパ芽球									
					後骨髄球									
					骨髄球									
					前骨髄球									
	血液 生化学 的検査	A S T	IU/ℓ	骨髄芽球	特に記すべき 医師の意見									
		A L T	IU/ℓ	形質細胞										
		γ-GTP	IU/ℓ											
尿 検 査	C R P	mg/dl	混濁	実施場所										
	血圧値	最大 mmHg 最小 mmHg	たん 蛋 白		実施機関名									
			糖			担当医師氏名								
			ウロビリノーゲン											
			潜 血											

胃がん検診問診票

面接年月日

年 月 日

ふりがな					
氏 名					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	男 女
					歳

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または仕事を休んで寝こんだことがありましたか。 ない・ある

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えて下さい。

1 最近食欲はありますか。 ない・ある

2 たびたび胃痛・腹痛がありますか。 ない・ある

3 胸やけがしたり、すっぱいものが口の中へあがってきたりしますか。 しない・する

4 最近急にやせてきましたか。 やせない・やせた

5 なんとなく胃のぐあいが悪いですか。 悪くない・悪い

6 吐き気がしますか。 しない・する

III 医師に特に相談したいことがあったら書いて下さい。

肺がん検診問診票

面接年月日

年 月 日

ふりがな

氏 名

男 女

生年月日 明・大・昭 年 月 日

歳

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または仕事を休んで寝こんだことがありましたか。 ない・ある

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えて下さい。また に記入して下さい。

- | | | |
|---|-----------------------------|-------|
| 1 | せきが1か月以上続いてでることがありますか。 | ない・ある |
| 2 | たんが1か月以上続いてでることがありますか。 | ない・ある |
| 3 | 胸の痛みがありますか。 | ない・ある |
| 4 | たんに血のようなものがまじることがありますか。 | ない・ある |
| 5 | タバコを吸っていますか、または吸ったことがありますか。 | |

吸わない・吸う

1日の本数はいくらかですか。

本

何年吸っていますか。または吸いましたか。

年

III 医師に特に相談したいことがあったら書いて下さい。

乳がん検診問診票

面接年月日

年 月 日

ふりがな					
氏 名	男 女				
生年月日	明・大・昭	年	月	日	歳

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または仕事を休んで寝こんだことがありましたか。ない・ある

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えて下さい。また に記入して下さい。

1 乳房にしこりがありますか。ない・ある

2 過去に乳房の病気をしたことがありますか。ない・ある

3 月経は何日型ですか。 日型

月経は規則正しいですか。または正しかったですか。

規則正しい・不規則

4 妊娠は何回ですか。 回

5 分娩は何回ですか。 回

III 医師に特に相談したいことがあったら書いて下さい。

子宮がん検診問診票

面接年月日

年 月 日

ふりがな

氏 名

男 女

生年月日 明・大・昭 年 月 日

歳

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または仕事を休んで寝こんだことがありましたか。 ない・ある

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えて下さい。また に記入して下さい。

1 不正性器出血がありますか。 ない・ある

2 おりものの異常がありますか。 ない・ある

3 月経は何日型ですか。 日型

月経は規則正しいですか。または正しかったですか。

規則正しい・不規則

4 妊娠は何回ですか。 回

5 分娩は何回ですか。 回

III 医師に特に相談したいことがあったら書いて下さい。

大腸がん検診問診票

面接年月日

年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日
	男 女 歳

I 今の状態についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えて下さい。

1 検査の頃、便に血がついてくることが 1 なかった 2 あった 3 わからない

2 検査の頃、歯ぐきからの出血は 1 なかった 2 時々あった 3 かなりあった

3 (女性の方へ)

現在妊娠して 1 いない 2 いる

検査の時、生理中でしたか。 1 いいえ 2 はい

4 お腹が(1 食後 2 空腹時 3 大便の前)に痛むことが 1 ない 2 ある

5 食欲は(1 ある 2 ない)、近頃やせましたか。 1 いいえ 2 はい

6 便通は〔 〕日に〔 〕回ある、便は 1 普通 2 軟らかい 3 硬い

7 近頃、便秘と下痢をくり返すようになりましたか。

1 普通 2 便秘がち 3 下痢がち 4 便秘と下痢が交互 5 すっきりでない

8 近頃、便にねばねばした粘液がつくことが 1 ない 2 ある

9 近頃、便に血が混じったり、ついてきたことが 1 ない 2 ある 3 わからない

10 近頃、次第に便柱が細くなってきましたか。 1 変わらない 2 細くなった

11 痔(いぼじ、切れじ)はありますか。 1 ない 2 ある

手術を受けたことは 1 ない 2 ある

12 その他、何かありますか。()

II 今までの体の調子についておたずねします。□にあてはまるものに○印をつけて下さい。また□に記入して下さい。

I 今までにお腹の手術を受けたことがありますか。

1 はい 2 いいえ

いつ頃	病名
-----	----

2 大腸の検査を受けたことがありますか。

1 はい 2 いいえ

いつ頃→

検査の方法は→□大腸の透視 □内視鏡(ファイバー) □検便 □その他

その時の結果は→

III 医師に特に相談したいことがあったら書いて下さい。

多発性骨髄腫検診問診票

面接年月日

年 月 日

ふりがな

氏 名

男 女

生年月日 明・大・昭 年 月 日

歳

I この半年間に体の調子が悪くて医師の診察を受けるか、または仕事を休んで寝こんだことがありましたか。 ない・ある

II 今の体の調子についておたずねします。それぞれの質問にどちらかを○印で答えて下さい。

- | | |
|----------------------|--------|
| 1 体に痛いところがありますか。 | いいえ・はい |
| 2 動悸、息切れがしますか。 | いいえ・はい |
| 3 顔色が悪いといわれますか。 | いいえ・はい |
| 4 体のだるさがありますか。 | いいえ・はい |
| 5 出血（内出血を含む）しやすいですか。 | いいえ・はい |
| 6 かぜなどにかかりやすいですか。 | いいえ・はい |

III 医師に特に相談したいことがあったら書いて下さい。

福岡県知事 殿

交通手当請求書

住所

電話 自宅() -

呼出

フリガナ

氏名

被爆者健康手帳番号(健康診断受診者証)							
1	9	4	0	6	0	1	6

次のとおり請求します。

但し、原子爆弾被爆者健康診断

一般
精密
がん

検査に伴う交通費

(内訳)

①	検査受診医療機関名	
②	検査受診年月日	年 月 日
③	居住地から医療機関までの交通費(片道) ※公共交通機関を利用した場合に限る。 〈記入例〉180円 200円 六本松→天神→県庁 (バス)(地下鉄)	〈最寄りの駅等〉 → () 円 → () 円 → () 円 → () 円
④	請求額	片道 円×2 (往復) 円
		※決定金額 円

健康管理手当等の各種手当を受給している方は、その振込口座に振り込まれます。
手当を受給されていない方は、下記の口座振替願に記入してください。

手当受給	口座振替願(被爆者本人の口座に限る)						
	金融機関名	銀行・農協・信用金庫 信用組合・労金・ゆうちょ銀行 店					
有・無	口座名義人	氏名 フリガナ					
	預金種別	普通・当座	口座番号(右詰め)				

一般検査及びがん検査は1回につき往復400円以上支出した場合に限ります。

被爆者健康診断実施医療機関名簿

医療機関名	所在地	Tel 番号	一般	がん検査					
				胃がん	肺がん	乳がん	子宮がん	大腸がん	多発性 骨髄腫
ひやまクリニック呼吸器内科	小郡市大崎1020-2	0942-23-8550	○		○			○	○
嶋田病院	小郡市小郡217-1	0942-72-2236	○	○	○	○		○	
河原内科クリニック	小郡市小郡670-1	0942-41-2330	○	○	○			○	○
西原内科医院	小郡市小郡693-7	0942-72-4701	○		○			○	
医)協和病院	小郡市祇園2-1-10	0942-72-2121	○	○	○			○	
ながたクリニック	小郡市美鈴の杜1丁目1-11	0942-23-0800	○	○	○			○	○
渡辺内科胃腸科	小郡市津古815-1	0942-75-3733	○	○	○			○	
聖和記念病院	小郡市津古半女寺1470-1	0942-75-1230	○	○	○			○	○
医)浜崎外科整形外科医院	小郡市二森235-1	0942-73-1606	○	○				○	
倉岡医院	小郡市三沢3949-7	0942-75-5111	○	○	○				
丸山病院	小郡市山隈273-11	0942-73-0011	○	○	○			○	○
田中クリニック	小郡市美鈴が丘5-12-3	0942-75-5377	○	○	○			○	

被爆者健康診断実施医療機関名簿

久留米市

医療機関名	所在地	Tel 番号	一般	がん検査					
				胃がん	肺がん	乳がん	子宮がん	大腸がん	多発性 骨髄腫
蒲池医院	久留米市北野町今山129-2	0942-78-3065	○	○	○			○	○
田中内科医院	久留米市北野町今山639-5	0942-78-4156	○	○	○			○	○
神代病院	久留米市北野町中川900-1	0942-78-3177	○	○	○			○	○
医)千歳会 田中まさはるク リニック	久留米市北野町今山516-1	0942-41-3535	○		○	○		○	○