

保存版

がん施設検診 マニュアル

R 6 年度版

目次

- P. 2 目次
- P. 3 R 6 年度の変更点等のおしらせ
- P. 4 対象者・検診内容・委託料・受診料
- P. 5 精検対象者指導料について
- P. 6 がん施設検診の概要について
- P. 9 請求方法と支払期間について
- P. 10 明細書・請求書記入方法
- P. 14 胃がん検診について
- P. 18 肺がん検診について
- P. 24 大腸がん検診について
- P. 28 乳がん検診について
- P. 33 子宮頸がん検診について
- P. 40 医療機関情報が変更になった時の手続きについて

1. 令和6年度の変更点等のおしらせ



- ・胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がんについては変更点はありません。
- ・委託料は令和5年度と変更ありません。
- ・請求方法等については、前年度と同じですので、令和4年度に送付している「がん施設検診マニュアル（保存版）」または、市のホームページ「**がん施設検診を実施する医療機関の方へ**」でご確認ください。

① 令和6年度のチェックリストの提出をお願いいたします。同封の返信用封筒又は、令和6年度がん検診の初回請求と合わせて返送をお願いいたします。**遅くとも7月末までに提出してください。**

②前年度の記録票は全て使えます。

（乳がん検診視触診+マンモグラフィ記録票のサイズがA3からA4に変更になりました。マンモグラフィ単独記録票の裏にブレストアウェアネスの方法を記載いたしました。どちらとも内容は同じです。）

記録票の在庫が大量にある場合は、ご連絡ください。取りに行きます。

③令和4年度のプロセス指標をお配りします。ご確認をお願いします。

④乳がん施設検診請求明細書に「相手の病院」記入欄を追加しました。

⑤令和4年度に送付しているマニュアル 子宮がん検診「精検結果表記入の仕方について」に記載されている「頸部」対象者に誤りがありましたので訂正いたします。

（誤）「NILM」 → （正）「NILM」以外

2-1 対象者・検診内容・委託料・受診料

部位	検診内容		負担無委託料	負担有委託料	受診料	対象年齢
胃	X線撮影（バリウム）		18,722円	15,622円	3,100円	40歳以上
	内視鏡検査		18,007円	14,007円	4,000円	50歳以上で偶数歳
肺	X線	単独※	7,403円	6,403円	1,000円	40歳以上 ※喀痰検査は「50歳以上かつ喫煙指数が600以上」に該当した者は <u>全員必須</u> 。
	X線+喀痰		10,923円	9,423円	1,500円	
	X線	同時※	2,860円	2,160円	700円	
	X線+喀痰		6,380円	5,380円	1,000円	
大腸	便潜血検査（2日分）	単独※	6,281円	5,281円	1,000円	40歳以上
		同時※	1,738円	1,138円	600円	
乳	マンモグラフィ2方向	マンモのみ	9,753円	8,253円	1,500円	40歳以上50歳未満で偶数歳
		マンモ+視触診	11,275円	8,275円	3,000円	
		別機関視触診分	5,093円	3,593円	1,500円	
		別機関マンモ分	8,932円	7,432円	1,500円	
	マンモグラフィ1方向	マンモのみ	8,753円	7,253円	1,500円	50歳以上で偶数歳
		マンモ+視触診	10,275円	7,275円	3,000円	
		別機関視触診分	5,093円	3,593円	1,500円	
		別機関マンモ分	7,932円	6,432円	1,500円	
子宮	頸部	コルポ無し	9,229円	7,729円	1,500円	20歳以上で偶数歳 ※体部は条件を満たしていない場合受診不可 P. 33～
		コルポ有り	10,923円	9,423円		
	頸部+体部	コルポ無し	16,379円	12,879円	3,500円	
		コルポ有り	18,073円	14,573円		
	再検査		440円		0円	

※ 肺がんは、肺がんのみまたは大腸がんを受診した場合、大腸がんは大腸がんのみ受診した場合単独となります。それ以外は全て同時受診です。

委託料に精検対象者指導料が追加されます。詳しくはP5参照

2-2 精検対象者指導料について

精検対象者指導料とは、検診結果が精検対象者の者に対し、結果に対する丁寧な説明、精密検査の受診勧奨等の指導を行うために加算されるものです。下記に該当する精検対象者数に単価を乗じて請求してください。

	がん精密検査対象者の一次検診結果	精検対象者指導料単価
胃	「がんを疑う所見あり」 ※請求額：バリウム／内視鏡検査を別々に請求	1,100円
大腸	・「+」がある者（痔は除く） ・問診により精密検査対象者と判定された者 ※請求額：単独と同時分の合算で請求	550円
肺	X線：A, E 1, E 2 喀痰：D, E ※請求額：単独と同時分の合算で請求	1,100円
乳	・マンモグラフィ：C3以上 ・視触診+マンモグラフィの総合判定で要精密検査と判定された者 ※請求額：マンモ単独と視触診+マンモの合算×単価 ※別医療機関の場合は視触診実施機関が請求	1,100円
子宮	頸部：NILM以外 体部：擬陽性、陽性の者	1,100円

3. がん施設検診の概要について

① 一年の流れ（予定）

	がん検診実施期間	健診実施期間について	前年度の精検結果依頼	記録票		
4月	↑		↑			
5月				前年度の精検結果表依頼		
6月						
7月						
8月		↓		下旬:受診券送付……注1		
9月		↑		特定健診実施期間 下旬:受診券送付……注1		
10月		↓				
11月		↑		健康診査実施期間	前年度の精検結果表提出	記録票増減要望募集
12月		↓				
1月						
2月		特定健診受診期間(救済措置期間)				
3月	3月は実施なし			下旬:配送		

注1 受診券シールの一斉送付時期（予定）

※基準年齢は翌年3月31日現在

種 類	発送時期（予定）
40～75歳男女（後期高齢者医療保険加入者を除く） 20～30歳代偶数歳女性（子宮頸がんのみ）	5月下旬
後期高齢者医療保険加入の男女、40歳以上生活保護受給者	8月下旬

②. 対象者について

- **対象者：検診受診時点で茅ヶ崎市に住民登録のある市民**
(年度末年齢により受診できる検診が異なる)

※受診券記載情報は発送される約1か月前のデータで作成しております。
受診券作成後に市外へ転出している場合は検診対象外となります。

- × **検診対象外の者（例）**

- ①年度中に、すでに集団がん検診で同じ部位の検査を終えている者
- ②検診受診時に転出届等の提出により住民登録を削除した者
- ③受診資格がないが、前年度の受診券で受診した者

→対象外と判明した場合、受診者には各医療機関の定める金額を全額実費でお支払いいただくようになり、委託料の支払いは原則できません。

③ 受診券シール

検診ごとにバーコードのついたシールが印字されているので、「市提出用」記録票に貼ってご提出ください。

特定健診では非課税、がん検診では負担金ありということは有りえないので、金額が異なる場合はご連絡ください！

【見本】費用負担あり及び費用免除者の受診券シール

・費用負担あり

令和〇年2月末まで有効	
令和〇 大腸がん 受診券シール	
茅ヶ崎 花子 昭和〇〇年〇月〇日 65歳 整理番号1234567890	単独 1,000円 同時 600円
バーコード	

・費用免除者※

令和〇年2月末まで有効	
令和〇 大腸がん 受診券シール	
茅ヶ崎 花子 昭和〇〇年〇月〇日 65歳 整理番号1234567890	非課税 0円
バーコード	

※費用免除者…後期高齢者医療制度加入者、生活保護受給者、市民税非課税世帯の方

市民税非課税世帯の方は、事前に健康増進課へ費用免除用受診券発行の申し出が必要です。

「後期 0円」
「生保 0円」
「非課税 0円」
「内視鏡対象外」
の記載があります

④. 記録票について

- (1) 翌年度用記録票を、3月末配送する予定です。
- (2) 翌年度用記録票の配送数等の希望がある場合は、**12月末まで**にご連絡ください。また、12月頃に在庫数の確認連絡をさせていただく場合もございますので、その際はお手数ですがご協力をお願いいたします。
- (3) 前年度の記録票が余っている場合は、**廃棄せず**に前年度分よりご使用いただきますようお願いいたします。また、**不足した場合は健康増進課健康づくり担当までご連絡ください**。申し訳ありませんが、予算の関係上、**3冊以上は発送できません**。3冊以上となる場合はお手数ですが取りにおいでいただくようお願いいたします。

⑤. 検診について

仕様書に準じた検診を行ってください。仕様書に記載されていない検査については委託料をお支払いできません。仕様書の内容を再度ご確認ください。

⑥. 受診～精密検査結果調査までの流れと注意点

	確認する事	注意点・変更点
受診資格確認 ※	(1) 受診券を確認	前年度の受診券は使用できません。年度の確認をお願いします。
	(2) 保険証を確認	→転出等の手続きで「仮保険証」の場合、「 転出日は本日でないですね? 」と確認してください。転出日当日は受診できません。
検診受診	仕様書の内容	R4年度より「 国立がん研究センター 」が指定する 精度管理項目の内容を盛り込んだ仕様書に変更しておりますので内容をご確認ください。
結果説明	(1) 結果説明	検診の結果については、遅滞なく受診者に対面で説明するとともに、必要な指導を行ってください。精密検査が必要な方へは早急に検査結果を説明し、精密検査を実施できる医療機関へ紹介するなど、早期受診を促すようお願いいたします。
	(2) 精密検査	精密検査を必要とする人には、貴院で精密検査をするか、または「診療情報提供書」により他の医療機関を紹介してください。なお、精密検査にかかる費用は受診者の自己負担（医療保険扱い）となります。翌年の春に「精検追跡調査票」にて照会させていただきます。 詳しくはP. 17～参照
委託料請求	提出期限： 原則検診実施月の翌月最終開庁日（平日）	委託料請求事務について 詳しくはP. 9～参照
精密検査結果報告	精検者の精密追跡調査を6月頃に実施しています。	○茅ヶ崎市・寒川町の医療機関：茅ヶ崎医師会経由で「精検追跡調査票」を送付します。 ○藤沢市の医療機関：郵送にて「精検追跡調査票」を送付します。

対象者は茅ヶ崎市に住民登録のある市民です。受診券発送の1か月前のデータで受診券を作成しているため**最新でない場合があります**。茅ヶ崎市民かどうか、**同時受診の場合は市の保険証が最新かどうかの確認をお願いいたします。**

※・受診券を忘れて受診に来院した場合

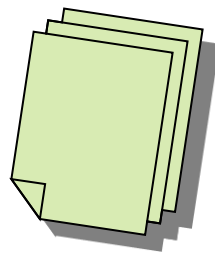
→**受診前**に整理番号の問合せを健康増進課へご連絡ください。その際に「**氏名、生年月日、住所、受診項目**」をお伝え下さい。

・受診券情報が変更になっている場合

→姓が変更、**市内の中で住所が変更**となった場合はそのまま使用できます。

お願い
受診者がオプションで検査を受ける場合は、**必ず料金の説明を丁寧にしてください**。料金が発生した等の苦情が多く寄せられております。

4. 請求方法と支払期間について



委託料の請求

(1) 提出書類

以下の①～③をセットにして、**検診実施月の翌月最終開庁日（平日）**までにご提出ください。特に年度末の提出忘れにご注意ください。年度が変わりますとお支払いできない場合があります。

- ① **記録票（茅ヶ崎市控）** 受診券シールが貼付されているか確認してください。
- ② **請求明細書** 毎月コピーしてご使用ください。
- ③ **請求書** 振込口座情報等を記載しております。必要分コピーしてご使用ください。

※変更がある場合はP.40を参考にお手続きをお願いいたします。

(2) 口座振込

請求書等提出月の**翌月末**に口座振込となります。

※振込依頼人名は、基本的に「**茅ヶ崎市健診1**」で振込されます。

事業担当者名	事業名	振込依頼人名	振込依頼人名（カナ）	振込予定日
健康づくり 担当	がん施設検診	茅ヶ崎市健診1	チガサキシケンシン1	翌月末
		茅ヶ崎市健康増進課	チガサキシケンコウソウシンカ	

(3) 請求書作成の注意点



■ 請求書に押印が不要となりました。

→押印の代わりに、「発行責任者」及び「電話連絡先」の記載が追加となります。

■ 取り消し線、修正液、修正テープ等使用、重ね書きした修正はできません。作り直しをお願いいたします。

■ 振込口座情報が変更になった（或いは変更予定）

→がん検診は月末払いの為、振込口座の変更は支払月の10日頃までに行う必要があります。届出されている口座情報と異なると振込できません。他の医療機関への振込にも影響を及ぼすことがありますので、必ず健康増進課までお早めにご連絡ください。

5. 明細書・請求書記入方法

(1) 胃・肺・大腸がん 明細書

※乳がん・子宮頸がん検診も要領は同じです。

令和〇年度 胃・肺・大腸がん施設検診請求明細書

実施月が複数月ある場合は「〇～〇月分」とし、必ず1行1数にまとめてください。請求書も同様。

①

月実施分

医療機関名

②

担当者:

③

種別	項目	負担金有無	単価	件数	金額	
胃がん	⑥ 精検対象者指導料 (検診結果「がんを疑う所見あり」の人数)		1,100円	件	円	
	X線撮影診断 (バリウム)	自己負担あり	15,622円	件	円	
		自己負担なし	18,722円	件	円	
	精検対象者指導料 (検診結果「がんを疑う所見あり」の人数)		1,100円	件	円	
	内視鏡検査	自己負担あり	14,007円	件	円	
自己負担なし		18,007円	件	円		
肺がん	⑥ 精検対象者指導料 (検診結果「X線A/E1/E2/喀痰D/E」の人数) 単独・同時の合計		1,100円	件	円	
	④ 単独 ・肺がんのみ	X線	自己負担あり	6,403円	件	円
			自己負担なし	7,403円	件	円
	・大腸がんと肺がん のみの受診の場合	X線+喀痰	自己負担あり	9,423円	件	円
			自己負担なし	10,923円	件	円
	同時 大腸がん以外のがん 検診または健診と同時 に受診の場合	X線	自己負担あり	2,160円	件	円
			自己負担なし	2,860円	件	円
		X線+喀痰	自己負担あり	5,380円	件	円
			自己負担なし	6,380円	件	円
	大腸がん	⑥ 精検対象者指導料 (検診結果で「+」(痔を除く)および胃腸科医師が精検と判定した人数)		550円	件	円
④ 単独		便潜血反応検査	自己負担あり	5,281円	件	円
			自己負担なし	6,281円	件	円
同時 他のがん検診及び健診 と同時受診の場合		便潜血反応検査	自己負担あり	1,138円	件	円
			自己負担なし	1,738円	件	円

① 検診実施月

請求漏れ等があり、実施月が数か月またがる場合は「〇～〇月分」と記載し、件数・金額を合算してください。

② 検診実施医療機関

③ 請求書についての担当者名

④ 提出した記録票を分類し、各件数を記入

⑤ 単価×件数の金額を記入

⑥ 精検対象者指導料（精検対象者人数及び精検対象者人数×単価）を記入

⑦ 喀痰細胞診検査所を記入

④

⑤

(2) 子宮頸がん 検体不適正検査料がある明細書記入方法

令和〇年度 子宮頸がん施設検診請求明細書

実施月が複数月分ある場合は「〇～〇月分」とし、できるだけ1枚にまとめてください。請求書も同様。

月実施分 医療機関名

担当者:

項 目			単 価	件 数	金 額
精検対象者指導料 (検診結果「頸部：NILM以外、体部：擬陽性、陽性」と判定された人数)			1,100 円	件	円
コ ル ポ ス コ ピ ー 無 し	頸部	自己負担あり	7,729 円	件	円
		自己負担なし	9,229 円	件	円
	頸部+体部	自己負担あり	12,879 円	件	円
		自己負担なし	16,379 円	件	円
コ ル ポ ス コ ピ ー 無 し	頸部	自己負担あり	9,423 円	件	円
		自己負担なし	10,923 円	件	円
	頸部+体部	自己負担あり	14,573 円	件	円
		自己負担なし	18,073 円	件	円
検体不適正再検査料			440 円	件	円

●検体不適正再検査料とは：

採取した検体に問題があり検査結果がでない場合、もう一度検査を行い、結果が出た時に請求できる委託料。

→検体不適正となった場合は、**再検査をし、検診結果を判定して頂かないとお支払いできません**。記録票の書き方はP. 37～をご覧ください。

(3) 乳がん明細書 別医療機関実施分の支払い時期について

令和〇年度 乳がん施設検診請求明細書
(検査別医療機関実施用)

実施月が複数月ある場合は「〇～〇月分」とし、できるだけ1枚にまとめてください。請求書も同様。

月実施分 請求医療機関名 _____

検診のペアとなる医療機関名を記入 相手の病院 _____

担当者: _____

項目	単価	件数	金額	
視触診検診				
精検対象者指導料 (検診結果「マンモグラフィG3以上、または総合判定で精検と判定された人数)	1,100 円	件	円	
自己負担あり	3,593 円	件	円	
自己負担なし	5,093 円	件	円	
マンモグラフィ検診				
2方向	自己負担あり	7,432 円	件	円
	自己負担なし	8,932 円	件	円
1方向	自己負担あり	6,432 円	件	円
	自己負担なし	7,932 円	件	円

ペアの医療機関をご記入ください

40代：2方向
50代以上：1方向

●マンモグラフィ・視触診 別医療機関実施の請求について

・視触診を実施した医療機関と、マンモグラフィ実施医療機関の両者からの請求が揃わないとお支払いできません。

・精検対象者指導料は、視触診実施医療機関にのみ計上できます。

(4) 請求書記入方法 (例 胃・肺・大腸がん)

※乳がん・子宮がん検診も要領は同じです。

修正テープ等を使用している場合は再提出となります。絶対に使用しないでください!

医療機関コード 100000001

令和0年度 胃がん・肺がん・大腸がん施設検診委託料請求書

(あて先) 茅ヶ崎市長
住 所
医療機関名
代表者名

令和4年度より印省略

請求金額

千	百	十	万	百	十	円
---	---	---	---	---	---	---

検 診 項 目		単 価	件 数	計		
胃 が ん	X線撮影診断 (バリウム)	精検対象者指導料	1,100円	件	円	
		自己負担あり	15,622円	件	円	
		自己負担なし	18,722円	件	円	
	内視鏡検査	精検対象者指導料	1,100円	件	円	
		自己負担あり	14,007円	件	円	
		自己負担なし	18,007円	件	円	
肺 が ん	精検対象者指導料		1,100円	件	円	
	単 独	X線撮影診断	自己負担あり	6,403円	件	円
			自己負担なし	7,403円	件	円
	同 時	X線撮影診断+ 喀痰細胞診断	自己負担あり	9,423円	件	円
			自己負担なし	10,923円	件	円
	同 時	X線撮影診断	自己負担あり	2,160円	件	円
			自己負担なし	2,860円	件	円
	同 時	X線撮影診断+ 喀痰細胞診断	自己負担あり	5,380円	件	円
			自己負担なし	6,380円	件	円
	大 腸 が ん	精検対象者指導料		550円	件	円
単 独		便潜血反応検査	自己負担あり	5,281円	件	円
			自己負担なし	6,281円	件	円
同 時		便潜血反応検査	自己負担あり	1,138円	件	円
			自己負担なし	1,738円	件	円

請求金額は右詰め、金額の頭に「¥」マークを記入してください。

【発行責任者及び担当者】

発行責任者	役職	氏名	電話番号
首	役職	氏名	電話連絡先

【口座振替支払依頼書】

金融機関名	支店名	目
口座番号	口座名義人 (カタカナ)	

①医療機関情報

変更がある場合はご連絡ください。

②検診実施月

複数の月がまたぐ場合は、明細書同様「〇～〇」月分とまとめてください。

③請求金額

修正不可です！
間違えた場合は再度書き直して下さい。

④請求内容

明細書の内容と同じ値を記入してください。

⑤発行責任者及び電話連絡先

⑥口座情報

原則、医療機関名義または代表者名義の口座となります。
変更がある場合はP. 40をご覧ください。

胃がん検診について

1. R 6 年度注意点について
2. 記録票の記入・請求までの流れ
3. 精検結果表記入の仕方について

1. R6年度の胃がん検診注意点について

(1) 注意点について

- ①令和5年度より、精検対象者指導料が追加されています。
精検対象者指導料とは、検診結果が「がんを疑う所見あり」の者に対し、精検受診指導を行うために加算されるものです。

精検対象者指導料	1件につき1,100円
----------	-------------

- ②内視鏡対象者は、「50歳以上偶数歳の者」です。
内視鏡を受診の際は年齢のご確認をお願いいたします。
- ③高齢者からのお問い合わせの中で、検診を受診した際支払が発生したとの問い合わせが多いです。ピロリ菌等の検査をオプションで受けられる方などに対して、料金等の説明を丁寧に行います。

2. 記録票記入・請求までの流れ

茅ヶ崎市民の方の検診です。受診前に他市へ転出された方や、今年度すでに集団検診で胃がんを受診された方は全額実費負担となりますのでご注意ください。

胃がん施設検診記録票						
ここにシールを貼付してください		① <input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡		該当するものに〇		
		②		<input type="checkbox"/> 自己負担金あり <input type="checkbox"/> 自己負担金なし <input type="checkbox"/> 75歳以上 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者 <input type="checkbox"/> 生検検定給付者 <input type="checkbox"/> 糸鼻地区世帯の者		
③		④ 検診医療機関名		⑤ 検診受診日 年 月 日		
⑥		年度末年齢が55歳以上の受診者の方は、 X線撮影診断または胃内視鏡検査のどちらかを選択できます。				
受診者情報		氏名	性別	生年月日	年齢	電話番号
		男・女	大・中	年 月 日	歳	
⑦ 胃がん検診読影会所属 <input type="checkbox"/> X線撮影診断 <input type="checkbox"/> 内視鏡診断						
⑧ 内視鏡検査においては、異常が見つかった場合、検診から医療行為に切り替わることがありますので、必ず検診時にご確認ください。 このことに同意し、受診します。 年 月 日 受診者自署						
⑨ 医療機関読影所見 <input type="checkbox"/> X線撮影診断 ① 所見なし ② がん以外の所見あり ③ がんを疑う所見あり 診断名: _____			⑩ 生検済 <input type="checkbox"/> 生検済 ① 所見なし ② がん以外の所見あり ③ がんを疑う所見あり 診断名: _____ 読影済印			
⑪ 胃がん検診読影会所属 <input type="checkbox"/> X線撮影診断 <input type="checkbox"/> 内視鏡診断 ① 所見なし ② がん以外の所見あり ③ がんを疑う所見あり 診断名: _____			⑫ 読影印を押印 ① 所見なし ② がん以外の所見あり ③ がんを疑う所見あり 診断名: _____			
⑬ ④の欄に基づき「3 がんを疑う所見あり」を精密検査対象者とします。 (茅ヶ崎市 提出用)						

↑
バリウム検査
結果記入

↑
内視鏡検査
結果記入

- ① 検診項目に〇
 - ② 受診券に記載されている負担金区分に〇
 - ③ 受診券シール添付
 - ④ 実施医療機関名記入
 - ⑤ 受診日記入
 - ⑥ 受診券シールがない場合は、健康増進課へ問い合わせ、記入
 - ⑦ 氏名～電話番号記入
 - ⑧ 内視鏡検査受診の場合記入
 - ⑨ 検診結果記入※
 - ⑩ 生検を行った場合☑
 - ⑪ 読影会に提出し読影結果を記入※
 - ⑫ 読影印を押印
 - 受診者へ結果説明を行う
 - ⑬ 「茅ヶ崎市提出用」を請求書等と共に提出する
- ※「所見なし」の場合は、診断名を記入しないでください。

3 精検結果表記入の仕方について

●バリウム検査（X線）・内視鏡検査 精検結果表

※照会対象は「がんを疑う所見あり」です。

整理番号	氏名	生年月日	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日	精密検査の結果							
			・当院	・内視鏡 ・その他	・R3 ・R4	異常なし	胃がん(転移性 含まず)			胃がんの疑いの ある者又は 未確定	胃がん以外の疾 患(転移性胃が ん含む)	未受診	未把握
			()	()	月 日			胃がんのうち 早期がん	早期がんのうち 粘膜内がん				
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫		

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願いします。**
精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

- ①「整理番号」「氏名」「生年月日」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。
- ②「精検実施医療機関」 当院（一次検診実施医療機関）での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入
- ③「検査方法」 精検の検査方法が内視鏡の場合は「内視鏡」に○その他の場合は
「()」に具体的な検査方法を記入
- ④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入。（印字の一次検診日以降になること）
- ⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。
- ⑥「胃がん(転移性含まず)」
精検結果が胃がんであった場合、及び転移性かどうかの診断が確定していない場合は○。
他臓器から胃へ転移している場合は該当しない。
- ⑦「胃がんのうち早期がん」
⑥のうち早期がん（がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層に留まるもの。リンパ節転移の有無は問わない）であった場合は○。
- ⑧「早期がんのうち粘膜内がん」
⑦のうち粘膜内がん（がんの浸潤が粘膜内に留まるもの）であった場合は○。
- ⑨「胃がんの疑いのある者又は未確定」
精検結果が、「胃がんの疑いのある者」または精検が継続中で「結果が確定」していない場合は○。
- ⑩「胃がん以外の疾患（転移性胃がん含む）」
精検結果が胃がん以外の疾患であった者、及び転移性の胃がん（他臓器から胃への転移の悪性腫瘍）の場合は○。
- ⑪「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合、精検として不適切な検査（ペプシのゲン検査、ヘリコバクター・ピロリ検査等）のみが行われた場合は○。
- ⑫「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合に○。

肺がん検診について

1. R 6 年度変更点および注意点について
2. 記録票の記入・請求までの流れ
3. 精検結果表記入の仕方について

1. R6年度の肺がん変更点および注意点について

変更点はありません

(2) 判定区分詳細について

出典：「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「肺癌検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分」

胸部X線検査

判定区分詳細

A「読影不能」:

撮影条件不良、現像処理不良、位置付不良、フィルムのキズ、アーチファクトなどで読影不能のもの

B「異常所見を認めない」:

正常亜型(心膜傍脂肪組織、横隔膜のテント状・穹窿状変形、胸膜下脂肪組織による随伴陰影、右心縁の二重陰影など)を含む。

C「異常所見を認めるが精査を必要としない」:

陳旧性病変、石灰化陰影、線維性変化、気管支拡張像、気腫性変化、術後変化、治療を要しない奇形などで、精査や治療を必要としない、あるいは急いで行う必要がないと判定できる陰影

D「異常所見を認め、肺癌以外の疾患で治療を要する状態が考えられる」:

D1「活動性肺結核」治療を要する結核を疑う

D2「活動性非結核性肺病変」肺炎、気胸など治療を要する状態を疑う

D3「循環器疾患」大動脈瘤など心大血管異常で治療を要する状態を疑う

D4「その他」縦隔腫瘍、胸壁腫瘍、胸膜腫瘍など治療を要する状態を疑う

E「肺癌の疑い」:

E1「肺癌の疑いを否定し得ない」

E2「肺癌を強く疑う」

孤立性陰影、陳旧性病変に新しい陰影が出現、肺門部の異常(腫瘍影、血管・気管支などの肺門構造の偏位など)、気管支の狭窄・閉塞による二次変化(区域・葉・全葉性の肺炎・無気肺・肺気腫など)、その他肺癌を疑う所見

出典：「肺がん検診の手引き」（日本肺癌学会肺がん検診委員会編）の「集団検診における喀痰細胞診の判定基準と指導区分」

喀痰細胞診検査

判定区分詳細

A 喀痰中に組織球を認めない

B 正常上皮細胞のみ、基底細胞増生、軽度異型扁平上皮化細胞、線毛円柱上皮細胞

C 中等度異型扁平上皮細胞、核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞

D 高度(境界)異型扁平上皮細胞または悪性腫瘍が疑われる細胞を認める

E 悪性腫瘍細胞を認める

○の部分に変更しました。

※単独：肺がんまたは肺・大腸がんのみ受診場合
 同時：市の健（検）診（大腸がん以外のがん検診含む）と同時予約または受診の場合

2. 記録票記入・請求までの流れ

茅ヶ崎市民の方の検診です。受診前に他市へ転出された方は全額実費負担となりますのでご注意ください。

肺がん施設検診記録票

こちらにシールを貼付してください

① X線 ② 喫煙歴 ③ 尿検査 ④ 問診

検診実施機関名

1	自己負担金あり	自己負担金なし
2	75歳以上	後援高齢者医療施設受診者
3	生活保護受給者	
4	介護施設等の者	

検診実施日 ⑤ 年 月 日

⑥ 検診番号 ⑦ 電話番号

受診者情報

氏名	性別	生年月日	年齢
男・女	大・中	年 月 日	

喫煙状況

喫煙指数

1日平均本数 × 喫煙年数 = ⑧

⑨ 検診対象者：50歳以上で喫煙指数600以上

⑩ 口咽痰検査実施に同意済み

判定	A	B	C	D	E
説明	肺野中に結核病を認めない	正常上気管支のみ、基底動脈増大、軽度異常動脈上気管支、軽度大動脈弓増大を認める	中等度異常動脈上気管支、軽度大動脈弓増大を認める	高度(悪性)異常動脈上気管支、高度大動脈弓増大を認める	悪性腫瘍病変を認める

読影日 年 月 日 読影機関 読影会 読影会判定

読影結果	A	読影不能
	B	異常所見を認めない
	C	異常所見を認めるが精査を必要としない
	D1	D1 労務性肺結核
	D2-4	D2 運動性肺結核 D3 肺動脈疾患 D4 その他肺がん以外の疾患
	E1	肺がんの疑いを否定し得ない
E2	肺がんを強く疑う	

⑪ 65歳以上の方は結核検診を含みます

⑫ 読影会に提出し読影結果を記入

⑬ 読影印を → 受診者へ結果説明を行う

⑭ 「茅ヶ崎市提出用」を請求書等と共に提出する

① 検診項目及び単独・同時項目※に○

② 受診券に記載されている負担金区分に○

③ 受診券シール添付

④ 実施医療機関名記入

⑤ 受診日記入

⑥ 受診券シールがない場合は、健康増進課へ問い合わせ記入

⑦ 電話番号、氏名～年齢記入

⑧ 喫煙者の場合は喫煙指数を記入

実施の際は同意を得た上で☑してください。

⑨ 50歳以上で喫煙指数600以上の者の場合、喀痰検査実施区分を記入

⑩ 実施した場合、該当する喀痰判定に○

⑪ 該当するX線判定に○

⑫ 読影会に提出し読影結果を記入

(⑪⑫判定区分変更しています。)

⑬ 読影印を

→ 受診者へ結果説明を行う

⑭ 「茅ヶ崎市提出用」を請求書等と共に提出する

「65歳以上の方は結核検診を含みます」の文言追加

3. 精検結果表記入の仕方について

(1) 胸部X線 精検結果表 ※照会対象は検査結果が「E1」「E2」「A」です。

整理番号	氏名	生年月日	総合判定	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日		精密検査の結果							
						R3	R4	異常なし	肺がん(転移性含まず)	肺がんの内臨床病期0~I期	肺がんの疑いのある者又は未確定	肺がん以外の疾患(転移性肺がん含む)	未受診	未把握	
一次〇年〇月〇日受診				・当院 ・()	・CT ・気管支鏡検査 ・その他 ()	月	日								
						①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩ ⑪

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願いします**。精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

①「整理番号」「氏名」「生年月日」「総合判定」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。

②「精検実施医療機関」 当院（一次検診実施医療機関）での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入

③「検査方法」 精検の検査方法に○。その他の場合は「()」に具体的な検査方法を記入

④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入（印字の一次検診日以降になること）

⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。

⑥「肺がん(転移性含まず)」
精検結果が肺がんであった場合、及び転移性かどうかの診断が確定していない場合は○。
他臓器から肺へ転移している場合は該当しない。

⑦「肺がんのうち臨床病期0～I期」
⑥のうち臨床病期0期（上皮内がん）又はI期（がんが原発巣に留まり、リンパ節や多臓器への転移を認めないもの）

⑧「肺がんの疑いのある者又は未確定」
精検結果が「肺がんの疑いのある」場合、精検が継続中で「結果が確定」していない場合、組織診にて異常を認めないが細胞診にて異常が検出された場合は○。

⑨「肺がん以外の疾患（転移性肺がん含む）」
精検結果が肺がん以外の疾患であった場合、及び転移性の肺がん（他臓器から肺への転移の悪性腫瘍）、咽頭がんなどの頭頸部がん、悪性胸膜中皮腫、悪性縦隔腫瘍の場合は○。

⑩「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合、精検として不適切な検査（喀痰細胞診において要精密検査者とされた者に対する喀痰細胞診の再検のみ）が行われた場合は○。

⑪「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合は○。

(2) 喀痰細胞診 精検結果表 ※照会対象は検査結果が「D」「E」です。

整理番号	氏名	生年月日	総合判定	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日	精密検査の結果					
							異常なし	肺がん(転移性含まず)	肺がんのうち喀痰細胞診のみで発見された者	肺がんの内臨床病期0~I期	肺がんの疑いのある者又は未確定	肺がん以外の疾患(転移性肺がん含む)
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願い**します。精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

①「整理番号」「氏名」「生年月日」「総合判定」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。

②「精検実施医療機関」 当院での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入

③「検査方法」 精検の検査方法に○。その他の場合は「()」に具体的な検査方法を記入

④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入（印字の一次検診日以降になること）

⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。

⑥「肺がん(転移性含まず)」
精検結果が肺がんであった場合、及び転移性かどうかの診断が確定していない場合は○。
他臓器から肺へ転移している場合は該当しない。

⑦「肺がんのうち喀痰細胞診のみで発見された者」
⑥のうち胸部X線検査が陰性かつ喀痰細胞診が陽性で、精密検査により肺がんが発見された場合は○。

⑧「肺がんのうち臨床病期0~I期」
⑥のうち臨床病期0期（上皮内がん）又はI期（がんが原発巣に留まり、リンパ節や多臓器への転移を認めないもの）

⑨「肺がんの疑いのある者又は未確定」
精検結果が「肺がんの疑いのある」場合、精検が継続中で「結果が確定」していない場合、組織診にて異常を認めないが細胞診にて異常が検出された場合は○。

⑩「肺がん以外の疾患（転移性肺がん含む）」
精検結果が肺がん以外の疾患であった場合、及び転移性の肺がん（他臓器から肺への転移の悪性腫瘍）、咽頭がんなどの頭頸部がん、悪性胸膜中皮腫、悪性縦隔腫瘍の場合は○。

⑪「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合、精検として不適切な検査（喀痰細胞診の再検のみ）が行われた場合は○。

⑫「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合は○。

大腸がん検診について

1. R 6 年度変更点および注意点について
2. 記録票の記入・請求までの流れ
3. 精検結果表記入の仕方について

1. R6年度の大腸がん変更点および注意点について

変更点はありません

2. 記録票記入・請求までの流れ

※単独：大腸がんのみ受診場合
 同時：市の健（検）診（他のがん検診含む）と同時予約または受診の場合

茅ヶ崎市民の方の検診です。受診前に他市へ転出された方や、今年度すでに集団検診で大腸がんを受診された方は全額実費負担となりますのでご注意ください。

大腸がん施設検診記録票					
③ こちらにシールを貼付してください		① 単独 <input type="checkbox"/> 同時 <input type="checkbox"/> 該当するものに○			
		② 1 自己負担金あり	自己負担金なし		
		2 75歳以上	後期高齢者医療被保険者		
		3 生活保護受給者	非課税世帯の者		
④ 検診医療機関名		⑤ 検診受診日 年 月 日			
⑥ 整理番号		⑦ 電話番号			
⑧ 受診者情報					
氏名		性別	生年月日	年齢	
男・女		大・昭	年 月 日	歳	
1) 血のつながりのある方でガンにかかった人がいますか、		1. いいえ 2. はい			
2) あなたは今までに大きな病気にかかったことがありますか、		1. いいえ 2. はい			
3) 近頃、おなかが痛みますか、		1. いいえ 2. はい			
4) 近頃、おなかがはりますか、		1. いいえ 2. はい			
5) 近頃、便秘になりましたか、		1. いいえ 2. はい			
6) 近頃、下痢しやすいですか、		1. いいえ 2. はい			
7) 近頃、下痢と便秘をくりかえしやすいですか、		1. いいえ 2. はい			
8) 近頃、便に血がついたことがありますか、		1. いいえ 2. はい			
9) 近頃、黒い便が出たことがありますか、		1. いいえ 2. はい			
10) 近頃、便に糞汁のようなものがまじりますか、		1. いいえ 2. はい			
11) 近頃、便が細くなりましたか、		1. いいえ 2. はい			
12) 近頃、便が残る感がありますか、		1. いいえ 2. はい			
13) 近頃、肛門部が痛みますか、		1. いいえ 2. はい			
14) 痔がありますか、		1. いいえ 2. はい			
15) 近頃、痩せましたか、		1. いいえ 2. はい			
大腸がん検診	検査法	排便	⑧ 内 第一日分 第二日分		
	LA法	2日法	記 -・+・不良 -・+・不良		
検査結果	⑨ 1. 精密検査不要 2. 要精密検査 3. 判定不能				
備考	⑩ 国の指針に基づき「+」があり、精密検査対象としない理由が備考欄に書かれていない場合は精密検査対象とします。 (茅ヶ崎市 提出用)				

①検診項目及び単独・同時項目※に○

②受診券に記載されている負担金区分に○

③受診券シール添付

④実施医療機関名記入

⑤受診日記入

⑥受診券シールがない場合は、健康増進課へ問い合わせ記入

⑦電話番号、氏名～年齢記入

⑧原則2回分の検査結果を記入

- ・不良の場合は「不良」に○
- ・一回分のみの提出の場合は、「第二日分」に斜線を引き、一回分で判定してください。

⑨「総合判定」に○

→受診者へ結果説明を行う

⑩「茅ヶ崎市提出用」を請求書等と共に提出する

・1回分の検査の場合でも、判定が「-」「+」の場合は、必ず「精検不要」または「要精密検査」のどちらかを選択してください。

・判定不能は「-」「+」の判定がつかなかった場合のみ使用してください。

3. 精検結果表記入の仕方について

●大腸がん 精検結果表 ※照会対象は「+」判定があり、備考欄未記入の者です。

整理番号	氏名	生年月日	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日		精密検査の結果									
					R3	R4	異常なし	大腸がん (転移性含 まず)	大腸がんの うち早期が ん	早期がんの うち粘膜内がん	大腸がんの 疑いのある者 又は未確定	腺腫の あった者	直径10mm 以上の腺 腫	直径10mm 未満の腺 腫	大腸がん 及び腺腫 以外の疾 患(転移 性大腸が ん)	未受診
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮		

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願いします。**
精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

- ①「整理番号」「氏名」「生年月日」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。
- ②「精検実施医療機関」 当院（一次検診実施医療機関）での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入
- ③「検査方法」 精検の検査方法に○。その他の場合は「()」に具体的な検査方法を記入
- ④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入（印字の一次検診日以降になること）
- ⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。
- ⑥「大腸がん(転移性含まず)」
精検結果が大腸がんであった場合、及び転移性かどうかの診断が確定していない場合は○。
他臓器から大腸へ転移している場合は該当しない。
- ⑦「大腸がんのうち早期がん」
⑥のうち早期がん（がんの浸潤が粘膜内か粘膜下層に留まるもの。リンパ節転移の有無は問わない）であった場合は○。
- ⑧「早期がんのうち粘膜内がん」
⑦のうち粘膜内がん（がんの浸潤が粘膜内に留まるもの）であった場合は○。
- ⑨「大腸がんの疑いのある者又は未確定」
精検結果が、「胃がんの疑いのある者」または精検が継続中で「結果が確定」していない場合は○。
- ⑩「腺腫のあった者」
精検結果が腺腫（ポリープ）であった場合、および大腸がん以外のポリープがあった場合は（腺腫以外も含む）○。
- ⑪「直径10mm以上の腺腫」
⑩のうち、最大の腺腫の大きさが直径10mm以上であった場合○。
- ⑫「直径10mm未満の腺腫」
⑩のうち、最大の腺腫の大きさが直径10mm未満であった場合○。
- ⑬「大腸がん及び腺腫以外の疾患であった者（転移性の大腸がん含む）」
精検結果が大腸がん及び腺腫以外の疾患であった場合、カルチノイド、転移性の大腸がん（他臓器から大腸への転移の悪性腫瘍）、IBD（潰瘍性大腸炎、クローン病）、憩室等の場合は○。
- ⑭「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合、精検として不適切な検査（便潜血検査の再検）が行われた場合は○。
- ⑮「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合は○。

乳がん検診について

1. R 6 年度変更点および注意点について
2. マンモグラフィ判定区分
3. 記録票の記入・請求までの流れ
4. 精検結果表記入の仕方について

1. R6年度乳がん変更点および注意点について

(1) 変更点について

①視触診+マンモグラフィ併用の記録票のサイズがA3→A4へ変更しました。内容は変更ありません。古い記録票の在庫がある場合は、古い記録票からご使用ください。

②マンモグラフィ単独記録票の3枚目受診者控の裏面に、ブレストアウェアネスの情報を掲載しました。古い記録票の在庫がある場合は、古い記録票からご使用ください。

③検査別医療機関実施用明細書に「相手の病院」の欄が追加となりました。ペアになっている医療機関の名称を記載してください。

P. 12参照

(2) 注意事項について

①別医療機関で検診を行う場合は、**視触診実施機関**がマンモグラフィ実施機関への**予約**を行ってください。また、マンモグラフィが実施期間内に終わられる日程で予約をお願いします。

②別医療機関での精検対象者指導料は、**視触診実施医療機関のみ計上できます。**

請求方法等については、前年度と同じですので、令和4年度に送付している「がん施設検診マニュアル（保存版）」または、市のホームページ「**がん施設検診を実施する医療機関の方へ**」でご確認ください。

2 マンモグラフィ判定区分

出典：マンモグラフィによる乳がん検診の手引き
精度管理マニュアル

判定区分詳細

カテゴリ-1: 異常なし(negative)。

異常所見はない。乳房は左右対称で、腫瘍、構築の乱れ、悪性を疑わせる石灰化も存在しない。血管の石灰化、正常大の腋窩リンパ節はこのカテゴリに入る。高濃度乳房も他に所見がなければ、これに含まれる。

カテゴリ-2: 良性(benign)。

明らかに良性と診断できる所見がある。退縮、石灰化した線維腺腫、乳管拡張症による多発石灰化、オイルシスト(oil cyst)、脂肪腫、乳瘤のような脂肪含有病変や、過誤腫のような脂肪含有性病変、乳房内リンパ節、豊胸術後などがこれに含まれる。

カテゴリ-3: 良性、しかし悪性を否定できず(probably benign, but malignancy can't be ruled out)。

良性の可能性が非常に高いが、悪性も否定できない。圧迫スポット・拡大撮影や超音波検査などの追加検査が必要である。ほとんど境界鮮明かつ平滑な病変(嚢胞、線維腺腫など)や、ごく淡い良悪性の判定困難な微細石灰化などが含まれる。

カテゴリ-4: 悪性の疑い(suspicious abnormality)。

乳がん典型的な形態ではないが、悪性の可能性が高い病変で、細胞診や生検も含めた精査が必要である。

カテゴリ-5: 悪性(highly suggestive of malignancy)。

ほぼ乳がんと考えられる病変。スピキュラを有する高濃度腫瘍や区域性分布を示す微細線状・微細分枝状石灰化などが含まれる。

カテゴリ-N-1: 体動、撮影条件不良やポジショニング不良などにより、再検する必要があるもの(要再撮影)

カテゴリ-N-2: 乳房や胸部の形状などによりマンモグラフィを再検しても有効でないと予想されるもの(判定は他の検査法による)

3. 記録票記入・請求までの流れ (例 視触診+マンモグラフィ)

茅ヶ崎市民の検診です。受診前に他市へ転出された方や、今年度すでに集団検診で乳がんを受診された方は全額実費負担となりますのでご注意ください。

(茅ヶ崎市 提出用)

こちらにシールを貼付してください
医療機関の方へ
受診券シールがない場合は、保健所へ受診番号のお問合せをお願いします。

③

受診券番号 ⑥

受診者氏名 ⑦

生年月日 年 月 日 歳

電話番号

視触診医師名 ⑧

視触診 左右差 (無・有)
皮膚の変化 (無・有)

腫瘍 無・有 右・左 大きさ (cm×cm)

硬結 無・有 硬度 (軟・弾性・硬・固・波動)

結節 無・有 移動性 -、+、+ (癒着部位、皮膚、筋内)

その他の乳腺の変化 無・有 硬度的上昇、圧痛、えくぼ症状、陥凹症状、腫大 (右・左)

乳頭、乳輪の変化 無・有 右 (びらん・湿疹・陥凹) 左 (びらん・湿疹・陥凹)

乳頭分泌 無・有 右 (漿液性、乳性、膿性、血性) 左 (漿液性、乳性、膿性、血性)

リンパ節 無・有 右 (Axケ) (Scケ) 左 (Axケ) (Scケ)

視触診判定医療機関意見 ⑨ 1. 異常なし 2. 要精検 (診断)

総合判定結果 ⑱ 1. 異常なし 2. 要精密検査

※視触診とマンモグラフィを別機関で受診の場合、視触診実施機関が総合判定を行ってください。
国の指針：マンモグラフィ一次又は二次読影の判定C3以上は要精密検査

(例) 視触診+マンモグラフィ

- ① 視触診 同一又は別医療機関の該当する方に○
- ② 受診券に記載されている負担金区分に○
- ③ 受診券シール添付
- ④ 別機関実施の場合のみ、視触診実施医療機関名を記入
- ⑤ 受診日を記入
- ⑥ 受診券シールがない場合は、健康増進課へ問い合わせ記入
- ⑦ 氏名～電話番号を記入
- ⑧ 視触診 判定医師名を記入
- ⑨ 視触診判定を記入

1方向 (50歳以上) 2方向 (40歳代) ②

負担有り 負担なし 非課税

① 視触診とマンモグラフィ実施 後期高齢 生活保護

同一機関 別機関

検診受診日： 年 月 日 ⑤

視触診実施機関(別機関の場合記載) ④



乳がん (視触診+マンモグラフィ) 検診記録票 (別医療機関用)

* 視触診とマンモグラフィを別機関で受診する場合は、期間内に検診を完了できるように視触診実施機関が直接マンモグラフィ実施機関へ予約をしてください。

マンモグラフィ実施医療機関 ⑩ 予約日： 年 月 日 時 分

マンモグラフィ 読影日 ⑪ 年 月 日 医師名 ⑫

【一次読影】

所見	腫瘍		微細石灰化		局所的非対称縮影		構築の乱れ	
	右	左	右	左	右	左	右	左
右乳房	C1	C1						
左乳房	C1	C1						
カテゴリ判定	⑬							
	C1		C1		異常なし			
	C2		C2		良性			
	C3		C3		良性 (悪性否定できず)			
	C4		C4		悪性の疑い			
	C5		C5		悪性			
	N-1		N-1		要再撮影			
	N-2		N-2		マンモ不適			

マンモグラフィ 読影日 ⑭ 年 月 日 医師名 ⑮

【二次読影】

所見	腫瘍		微細石灰化		局所的非対称縮影		構築の乱れ	
	右	左	右	左	右	左	右	左
右乳房	C1	C1						
左乳房	C1	C2						
カテゴリ判定	⑯							
	C1		C2		異常なし			
	C2		C2		良性			
	C3		C3		良性 (悪性否定できず)			
	C4		C4		悪性の疑い			
	C5		C5		悪性			
	N-1		N-1		要再撮影			
	N-2		N-2		マンモ不適			

一次・二次読影 総合判定 ⑰

1	2	3	4	5	6	7
異常なし	良性	良性 (悪性否定できず)	悪性の疑い	悪性	要再撮影	マンモ不適

- ⑩ マンモグラフィ実施医療機関を記入
- ⑪ 一次読影日を記入
- ⑫ 一次読影を行った医師名を記入
- ⑬ 一次読影時のカテゴリ判定を左右判定する
- ⑭ 二次読影日を記入
- ⑮ 二次読影を行った医師名を記入
- ⑯ 二次読影時のカテゴリ判定を左右判定する
- ⑰ 「読影判定」に一次・二次読影の総合結果を記入

⑱ 視触診及びマンモグラフィの「総合判定結果」を視触診診察医師が判定する

→ 視触診を診察した医師が受診者へ結果説明を行う

「茅ヶ崎市提出用」を請求書等と共に提出する

マンモグラフィ単独の場合は

②③⑤⑩～⑰の手順で行ってください。

4. 精検結果表記入の仕方について

●乳がん 精検結果表

※照会対象はカテゴリー判定「3～5」及び「N-1」「N-2（視触診検査により精検不要と判定された者を除く）」。また、国の指針には該当しないが、総合判定で「要精密検査」となった者も含めます。

- ・視触診+マンモグラフィ検診で「要精密検査」判定→視触診実施医療機関へ精密検査結果照会
- ・マンモグラフィ単独検診で「要精密検査」判定→マンモグラフィ受診医療機関へ精密検査結果照会

整理番号	氏名	生年月日	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日	精密検査の結果					
						異常なし	乳がん (転移性 含まず)	乳がんの うち 早期がん	早期がんのうち 非浸潤がん	乳がんの 疑いのある者又は 未確定	乳がん 以外の 疾患(転 移性乳 がん含 む)
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願いします。**
精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

- ①「整理番号」「氏名」「生年月日」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。
- ②「精検実施医療機関」 当院（一次検診実施医療機関）での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入
- ③「検査方法」 精検の検査方法に○。その他の場合は「()」に具体的な検査方法を記入
- ④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入（印字の一次検診日以降になること）
- ⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。
- ⑥「乳がん(転移性含まず)」
精検結果が乳がんであった場合、及び転移性かどうかの診断が確定していない場合は○。
他臓器から乳へ転移している場合は該当しない。
- ⑦「乳がんのうち早期がん」
⑥のうち腫瘤の大きさが視触上2cm以下で、転移を思わせるリンパ節を触れず、遠隔転移を認めないもの、また非浸潤がんであった場合は○。
- ⑧「早期がんのうち非浸潤がん」
⑦のうち、がんが発生した乳管の中に留まるものであった場合は○。
- ⑨「乳がんの疑いのある者又は未確定」
精検結果が、「乳がんの疑いのある者」または精検が継続中で「結果が確定」していない場合は○。
- ⑩「乳がん以外の疾患であった者（転移性の乳がん含む）」
精検結果が乳がん以外の疾患であった場合、および転移性の乳がん（他臓器から乳への転移の悪性腫瘍）の場合は○。
- ⑪「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合は○。
- ⑫「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合は○。

子宮頸がん検診について

1. R 6 年度変更点および注意点について
2. 判定区分について
3. 記録票の記入・請求までの流れ
4. 精検結果表記入の仕方について

1. R6年度子宮頸がん検診変更点および注意点について

(1) 変更事項はありません

(2) 注意事項について

- ①体部細胞診は、問診の結果により仕様書の内容に合致している人以外は市の検診としては実施できません。

仕様書内容抜粋

- (ア) 対象者は次のいずれかに該当し、子宮体部の細胞診受診の同意が得られた者とする。←
- a 最近6か月以内に、不正性器出血（一過性の少量の出血、閉経後出血等（褐色帯下含む））があった者。←
 - b 最近6か月以内に、月経異常（過多月経、不規則月経等）があった者。←

国の指針に基づき、不正出血等の有症状がある方は、検診ではなく保険診療での受診をお願いいたします。また、体部細胞診検査を実施する際は、**必ず問診票に実施理由を記載**してください。

- ②体部のみの検査はできません。

③頸部細胞診検査において「検体不適正再検査料」が発生した場合について

頸部細胞がうまく採取できなかった等で、検体不適正が発生した場合は、再度再検査をお願いいたします。再検査受診により判定が出ましたら、通常の請求に「検体不適正再検査料」を追加して請求してください。原則、検体不適正検査料のみのお支払いはできませんので、再検査を必ず実施していただきますようお願いいたします。

（体部細胞診は対象外です。）

請求方法はP. 11をご参照ください。

- ④市提出用が4枚目にあるため、印字が見えないことがあります。はっきり見える記録票のご提出をお願いいたします。

2 判定区分について

(1) 頸部ベセスダシステム分類区分について

精検不要：NILM（陰性）

要精検：・ASC-US（意義不明異型扁平上皮）・ASC-H（高度病変を除外できない異型扁平上皮）・LSIL（軽度扁平上皮内病変）・HSIL（高度扁平上皮内病変）・AGC（異型腺細胞）・AIS（上皮内腺癌）・SCC（扁平上皮癌）・Adenocarcinoma（腺癌）・Other（その他の悪性腫瘍）

(2) 体部細胞診判定について

精検不要：陰性、その他

要精検：陽性、擬陽性

3. 記録票の記入の仕方について

(1) 記録票注意点

子宮頸がん施設検診記録票

① 頸部 ②等該当により体部追加 コルポ無し コルポ有り 該当するものに○

負担あり 負担なし 後期高齢者医療被保険者 生活保護 非課税世帯

検診受診日 年 月 日

ここに受診券シールを貼付してください

検診医療機関名

整理番号	電話番号	細胞診番号	標本返送
受診者情報	氏名	生年月日	年齢
昭・平	年 月 日	歳	
②		1. 要	2. 不要

分娩回	妊娠回	最後の妊娠	歳	一番最近の	月経	月	日から	日間	月経の終わった年齢	歳		
①		最近6か月以内に、不正性器出血(一過性の少量出血、閉経後の出血、おりものに血が混じる等)の症状がありましたか。	1.ある	2.ない					最近1か月以内にホルモン剤を使ったことは、	1.ある	2.ない	
②		月経のある方はお答えください。月経異常(過多月経、不規則月経等)の症状はありますか。	1.ある	2.ない					最近1か月間に体がん検診、搔爬、中絶のどれかを行いましたか	1.ある(年 月頃)	2.ない	
①または②に「1ある」と回答した方は、不正性器出血が子宮体がん				子宮の中に避妊器具が								
で最も多い自覚症状であることから、検診ではなく多様な検査が				1.ある								2.ない
できる保険診療での受診をお勧めします。				最近3年間に子宮がん検診を受けたことが								
●市の検診で体部細胞診検査を追加する場合は、必ず実施理由を記入し、				1.ある(年 月頃)								2.ない
受診者の同意を得た上で実施してください。(本人希望は不可)												
[体部細胞診検査実施理由]												
<input type="checkbox"/> ①または②に該当するため。										<input checked="" type="checkbox"/> 受診者への説明及び同意済み		
上記以外の理由(
診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		

③

① 体部細胞診欄変更

② 体部細胞診受診基準項目明確化

③ 体部細胞診実施理由欄追加

①②に該当または体部細胞診実施が必要な理由を記入。(希望は不可) 体部細胞診実施の際は説明し同意が得られた場合に実施してください。実施する場合は、必ず☑及び理由の記載が必要です。

(2) 記録票の記入の仕方について

子宮頸がん施設検診記録票

④ はこちらを受診券シールを貼付してください

① 頸部 ①②等該当により体部追加

② コルポ無し コルポ有り ② 該当するものに○

③ 負担あり 負担なし 後期高齢者医療被保険者 生活保護 非課税世帯

⑤ 検診医療機関名

⑥ 検診受診日 年 月 日

整理番号	電話番号	細胞診番号	標本返送
氏名 ⑦	生年月日	頸部	1. 要
昭・平	年 月 日	体部	2. 不要

分娩回数	妊娠回数	最後の妊娠	歳	一番最近の月経	月	日から	日間	月経の終わった年齢	歳
①	最近6か月以内に、不正性器出血(一過性の少量出血、閉経後の出血、おりものに血が混じる等)の症状がありましたか。	1. あり	2. ない	最近1か月以内にホルモン剤を使ったことは、	1. あり	2. ない	最近1か月間に体ががん検診、揺擺、中絶のどれかを行ったことは	1. あり(年 月頃)	2. ない
②	月経のある方をお答えください。月経異常(過多月経、不規則月経等)の症状はありますか。	1. あり	2. ない	子宮の中に避妊器具が	1. あり	2. ない	最近3年間に子宮がん検診を受けたことが	1. あり(年 月頃)	2. ない

① または②に「1あり」と回答した方は、不正性器出血が子宮体がんでも多い自覚症状であることから、検診ではなく多様な検査ができる保険診療での受診をお勧めします。

●市の検診で体部細胞診検査を追加する場合は、必ず実施理由を記入し、受診者の同意を得た上で実施してください。(本人希望は不可)

【体部細胞診検査実施理由】

①または②に該当するため。 受診者への説明及び同意済

⑧

内診	鏡診	コルポスコピー
1. 著変なし	1. 著変なし	A. 正常所見: a 扁平上皮 b 円柱上皮 c 移行帯
2. 外陰部	2. びらん	B. 異型移行帯 a モザイク
3. 頸部・膣	3. 出血	b 赤点斑
4. 子宮	4. ポリープ	C. 浸潤がん c 白色上皮
5. 付属器	5. 膣部見えず	d 角化
6. その他	6. その他	D. 不適例 e 異型血管
		E. 各種所見: a ポリープ b 萎縮 c 炎症 d 真びらん等

臨床診断: 1. 異常なし 2. 膣部びらん 3. その他 ()

標本作成法: 1. 直接塗抹法 2. 液状検体法 固定法 1. MP液 2. 95%エタノール 3. その他 ()

頭部 部位: 1. 膣部 2. 頸管 3. その他 ()

採取法: 1. 綿棒 2. へら 3. サイトピック 4. ブラシ 5. その他 ()

細胞所見: 1. 正常・化生 2. 萎縮(軽度・高度) 3. 炎症(トリコモナス・カンジダ等) 4. HPV感染 5. 異形成(軽度・中等度・高度) 6. 腺異型 7. 悪性疑い(扁平上皮系・腺系) 8. 悪性(扁平上皮系・腺系)

細胞所見: 1. 正常 2. 炎症・ホルモン異常 3. 増殖症 4. 悪性の疑い 5. 悪性

細胞診結果: 検体の適否 1. 適正 2. 不適正(理由): ⑨ 再検査日: 年 月 日 ⑩

ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	SCC
⑪ NILM	AGC	AIS	Adenocarcinoma	Other.
I	II	IIIa	IIIb	IV
結果	体部 ⑫ 陰性	疑陽性	陽性	その他

指導医コメント

細胞検査所

結果の通知

総合判定: 1 異常なし 2 有所見(病名)

今後の指導: 1 定期検診 2 ()ヶ月後 3 再検 4 精検 5 要治療

(茅ヶ崎市提出用) ⑬ 国指針に基づき頸部検査については「NILM」以外を精密検査対象者とします。

①頸部のみは「頸部」に、体部を実施した場合「①②等該当により体部追加」のいずれかに○

②コルポスコピーの有無を○

③受診券に記載されている負担金区分に○

④受診券シール添付

⑤実施医療機関名記入

⑥受診日記入

⑦受診券シールがない場合は、健康増進課へ問い合わせ記入

⑦氏名～年齢記入

⑧②でコルポスコピー「有」の場合は、結果を記入。

⑨頸部細胞診においての検体の適正または不適正に○

不適正の場合は、理由を記入

⑩検体不適正になった場合は、再検査を行い、再検査受診日を記入

⑪頸部結果を記入

⑫体部を行った場合は結果を記入
受診には条件があります。

P 34 (2) ①参照
対象者チェックポイントは下記★参照

→受診者へ結果説明を行う

⑬「茅ヶ崎市提出用」を請求書等と共に提出する

P. 36 参照
実施理由及び同意☐がないとお支払いができません。医師会と茅ヶ崎市のがん検診委託契約の仕様書記載事項となっておりますので、必ず順守をお願いいたします。

4. 精検結果表記入の仕方について

●子宮がん 精検結果表

※照会対象は、頸部：「NILM」以外の者、体部：「疑陽性」「陽性」の者

(1) 頸部

整理番号	氏名	生年月日	ベセスダ	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日	精密検査の結果											
							子宮頸がん(転移性含まず)	子宮頸がんのうち進行度がIA期のがん	AISであった者	CIN3であった者	CIN2であった者	CIN3又はCIN2のいずれかで区別できない者(HSIL)	CIN1であった者	子宮頸がんの疑いのある者又は未確定	子宮頸がん及びCIN以外の疾患(転移性子宮頸がん含む)	未受診	未把握	
				当院	組織診・細胞診 ・HPV その他	R○R○ 月 日	異常なし											
一次〇年〇月〇日受診																		

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願いします。**
精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

- ①「整理番号」「氏名」「生年月日」「ベセスダ」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。
- ②「精検実施医療機関」 当院（一次検診実施医療機関）での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入
- ③「検査方法」 精検の検査方法に○。その他の場合は「()」に具体的な検査方法を記入
- ④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入（印字の一次検診日以降になること）
- ⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。
- ⑥「子宮がん(転移性含まず)」
精検結果が子宮がん（他臓器から子宮頸部への転移や浸潤は含まない）であった場合は○。
- ⑦「子宮頸がんのうち進行度がIA期のがん」
⑥のうち臨床進行期IA期の場合は○。
- ⑧「AIS」 検査結果がAISであった場合は○。
- ⑨「CIN3」 検査結果がCIN3であった場合は○。
- ⑩「CIN2」 検査結果がCIN2であった場合は○。
- ⑪「CIN3又はCIN2のいずれかで区別できないもの（HSIL）」
検査結果がCIN3又はCIN2のいずれかで区別できない（HSIL）場合は○。
- ⑫ 「CIN1」 検査結果がCIN1であった場合は○。
- ⑬「子宮頸がんの疑いのある者又は未確定」
検査結果が子宮頸がんの疑いのある場合、精密検査が継続中で検査結果が確定していない場合、組織診にて子宮頸がん及びCIN,AIS,腺異形成等の異常を認めないが細胞診にて異常が検出された場合は○。
- ⑭「子宮頸がん、AIS及びCIN以外の疾患であった場合（転移性の子宮頸がんを含む）」
検査結果が子宮頸がん、AIS及びCIN以外の疾患であった場合。転移性の子宮頸がん（他臓器から子宮頸部への転移や浸潤の悪性腫瘍）及び平成30年度以前の旧様式で「腺異形性」であった場合は○。
- ⑮「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合は○。
精密検査として不適切な検査（細胞診のみの再検（ASC-US以外））を行われた場合は○。
- ⑯「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合は○。

(2) 体部

体部は国の指針外となるため、国の報告には含まれません。

整理番号	氏名	生年月日	細胞診判定	精検実施医療機関	検査方法	精検受診日	精密検査の結果								
				・当院 ・〈 〉	・組織診・細胞診 ・HPV ・その他 ()	・R○・R○ 月 日	異常なし	子宮体がん	異型増殖	内膜増殖	その他の 悪性腫瘍	がんの 疑い又は 未確定	がん以外 の疾患	未受診	未把握
		一次〇年〇月〇日受診													
		①		②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬

精検結果が判明しているが精検受診日が不明な場合は**必ず精検実施医療機関への問合せをお願いします**。
精検受診日または精検結果が未記入の場合は「未把握」とさせていただきます。

- ①「整理番号」「氏名」「生年月日」「細胞診判定」は印字しております。氏名下に一次受診日を印字。
- ②「精検実施医療機関」 当院（一次検診実施医療機関）での実施の場合は「当院」に○。
他院での実施の場合は「()」に医療機関名を記入
- ③「検査方法」 精検の検査方法に○。その他の場合は「()」に具体的な検査方法を記入
- ④「精検受診日」 精検を受診した日付を記入（印字の一次検診日以降になること）
- ⑤「異常なし」 精検結果、異常がなかった場合に○。
- ⑥「子宮体がん」 精検結果が子宮体がんであった場合は○。
- ⑦「異型増殖」 精検結果が異型増殖であった場合は○。
- ⑧「内膜増殖」 検査結果が内膜増殖であった場合は○。
- ⑨「その他の悪性腫瘍」 検査結果が体がん以外のがんであった場合は○。
- ⑩「がんの疑い又は未確定」
検査結果が子宮体がんの疑いのある場合、精密検査が継続中で検査結果が確定していない場合は○。
- ⑪「子宮体がん以外の疾患であった場合（転移性の子宮体がんを含む）は○。
- ⑫「未受診」 精検を受診していないことが判明している場合は○。
- ⑬「未把握」 精検受診の有無が不明、または精密検査結果が正確に判明しなかった場合は○。

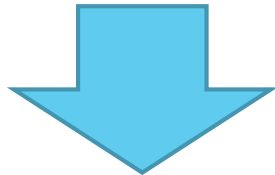
医療機関情報が変更になった時の手続きについて

○医療機関名、代表者名、住所、電話番号、口座情報に変更が生じた場合

→健康増進課へ連絡をお願いします。その際、いつから変更するのも合わせてお伝えください。変更に必要な書類をお送りいたしますので、必要事項をご記入の上ご返送ください。手続きが完了いたしましたら、新情報が記載された請求書をお送りいたします。
変更のタイミングによっては、お支払いに遅延が生じる場合がありますので、変更することが分かりましたら、お早めにご相談して頂くことをお勧めいたします。

○年度途中での検診項目に変更が生じた場合

→茅ヶ崎医師会員の医療機関の方は茅ヶ崎医師会へお伝えください。
藤沢市医師会員の医療機関の方は健康増進課へお伝えください。



年度途中の変更された医療機関情報の周知方法について

受診券一斉送付等に封入される検診案内は、5月末発送分は3月頃、8月末発送分は6月頃に業者へ原稿を提出しております。それ以降の変更についてはホームページのみでの訂正となります。