

様式第1号

平成 年 月 日

健康診査受診依頼書

(健康診査対象者氏名) 殿

茨城県保健福祉部保健予防課長

貴方の健康診査につきましては、下記により実施したいので、診査予定日等の調整につきまして、ご協力方お願いいたします。

記

1 実施医療機関

2 健康診査項目

検査項目	実施の有無
問診	
神経内科診察	
耳鼻咽喉科診察・検査	
小児科神経発達検査	
ジフェニルアルシン酸検査	
脳血流シンチ検査	
MR I 検査	
脳波検査	
甲状腺機能検査	

3 健康診査予定日 平成 年 月 日～平成 年 月 日の間で調整します。

4 診査予定日の調整及び受診日の通知

診査予定日の調整は、潮来保健所が行い、受診日が決定次第、別途「健康診査受診通知書・受診券」で通知します。

連絡先 茨城県保健福祉部保健予防課 TEL 029-301-3215 (直通)
FAX 029-301-6341
茨城県潮来保健所 TEL 0299-66-2114 (代表)
FAX 0299-66-1613

健康診査実施依頼書

(医療機関の長) 殿

茨城県保健福祉部保健予防課長

健康診査対象者に対する健康診査につきまして、下記により実施したいので、診査予定日等の調整につきまして、ご配慮方お願いいたします。

なお、受診者と貴医療機関との診査日程等の調整は、潮来保健所が行います。

記

- 1 健康診査対象者 氏名
氏名
氏名
氏名
氏名
氏名

2 健康診査項目

検査項目	実施の有無
問診	
神経内科診察	
耳鼻咽喉科診察・検査	
小児科神経発達検査	
ジフェニルアルシン酸検査	
脳血流シンチ検査	
MR I検査	
脳波検査	
甲状腺機能検査	

- 3 健康診査予定日 平成 年 月 日～平成 年 月 日

連絡先 茨城県保健福祉部保健予防課 TEL 029-301-3215 (直通)
FAX 029-301-6341
茨城県潮来保健所 TEL 0299-66-2114 (代表)
FAX 0299-66-1613

平成 年 月 日

健康診査調整済通知書

(医療機関の長) 殿

茨城県保健福祉部保健予防課長

健康診査対象者に対する健康診査につきまして、下記により調整が整いましたので通知します。

健康診査対象者には、「健康診査受診通知書・受診券」が発行され、受診当日持参をすることとなります。

おって、この健康診査の結果につきましては、各対象者に通知をするとともに、茨城県による個別の健康相談を予定していますので申し添えます。

記

1 健康診査対象者及び日程

氏 名	日 程
	月 日 時から
	月 日 時から
	月 日 時から
	月 日 時から
	月 日 時から
	月 日 時から

2 健康診査項目

検査項目	実施の有無
問診	
神経内科診察	
耳鼻咽喉科診察・検査	
小児科神経発達検査	
ジフェニルアルシン酸検査	
脳血流シンチ検査	
MR I 検査	
脳波検査	
甲状腺機能検査	

連絡先 茨城県保健福祉部保健予防課 TEL 029-301-3215 (直通)
 FAX 029-301-6341
 茨城県潮来保健所 TEL 0299-66-2114 (代表)
 FAX 0299-66-1613

様式第4号

健康診査受診通知書・受診券

平成 年 月 日

(健康診査対象者氏名) 殿

茨城県保健福祉部保健予防課長

貴方の健康診査の受診日等は、次のとおりですのでお知らせします。

1 日時 平成 年 月 日 () 午前 時から 時まで
(受付は、 時 分までをお願いいたします。)

2 医療機関 ()
診療科目 ()

3 当日持参いただくもの
①医療手帳
②保険証
③この通知書

4 健康診査項目

検査項目	実施の有無
問診	
神経内科診察	
耳鼻咽喉科診察・検査	
小児科神経発達検査	
ジフェニルアルシン酸検査	
脳血流シンチ検査	
MR I 検査	
脳波検査	
甲状腺機能検査	

5 健康診査結果について

この健康診査の結果が出た際には、その旨各対象者に通知し、結果の報告及び健康相談を予定していますので申し添えます。

連絡先 茨城県保健福祉部保健予防課 TEL 029-301-3215 (直通)
FAX 029-301-6341
茨城県潮来保健所 TEL 0299-66-2114 (代表)
FAX 0299-66-1613

様式第5号

平成 年 月 日

健康診査状況報告書

茨城県保健福祉部保健予防課長殿

(医療機関の長) 印

標記のことについては、別添のとおりです。

(別添様式による。) ……健康診査対象者, 受診日, 項目と結果等

* 当様式は、「茨城県神栖町住民に対する健康診査業務委託契約書中別紙(健康診査状況報告書)」と同様です。

(検 討 中)

(別添様式)

平成 年 月 日

健康診査結果

登録番号

氏名

生年月日 年 月 日

性別

健康診査項目
所見
結果
診断医師

※ 添付資料・・・各検査項目の検査結果及び画像フィルムについてはコピーを添付願います。

様式第6号

平成 年 月 日

健康診査結果報告書

環境省環境保健部
企画課特殊疾病対策室長殿

茨城県保健福祉部保健予防課長

緊急措置事業に係る健康診査実施要領第7に基づく、平成 年 月分の健康診査の実施結果について、別添のとおり報告いたします。

(別添様式による。)

様式第7号

平成 年 月 日

健康診査結果通知書

(健康診査対象者氏名) 殿

茨城県保健福祉部保健予防課長

平成 年 月 日に (医療機関名) で行った健康診査の結果がまとまりました。

この結果について説明を行いますので、潮来保健所までご連絡ください。日程調整のうえ、相談日を決めさせていただきます。

記

1 健康診査の結果 別添様式のとおり

連絡先	茨城県保健福祉部保健予防課	TEL	029-301-3215 (直通)
		FAX	029-301-6341
	茨城県潮来保健所	TEL	0299-66-2114 (代表)
		FAX	0299-66-1613

ジフェニルアルシン酸に係る検体サンプリングマニュアル (案)

1 全体

- (1) 分析のための試料採取には、あらかじめ洗浄して乾燥させた、或いは新品の容器、袋などを利用する。
- (2) 容器、袋には試料提供者或いは特定の井戸などと対応可能な記号、番号などを記入したラベルを必ず貼っておく。これらは水に濡れても文字がにじんだり剥がれたりせず、冷蔵冷凍保管中にも剥がれることのない仕様であること。
- (3) 人検体については、同一人物の試料を袋ないし適当な容器にひとまとめにするその際、遠沈管などの蓋をきちんとしめ、尿などが漏れないよう注意すること。

2 井戸水、地下水など

- (1) 採水にあたっては、一般的な水道水、地下水などの採取方法に基本的に従う。
- (2) 一容器はあらかじめ洗浄した1リットルのガラスビンを用いる。(注1)
- (3) 取後はすぐに冷暗所(できれば4度の冷蔵庫内)に保管し、できるだけ早く分析機関に冷蔵輸送して分析を行う。(注2)

3 人検体

(1) 尿

- ア 容器はできればガラス製とし(テフロン内張りのスクリュューキャップを持つガラス製遠沈管など)、1本あたり3~5ml程度の量に抑える。(注3)
2本以上に分取する。
- イ 生理中の場合は遠沈管の1本を遠心して血球成分を沈殿させ、上清を別の遠沈管にうつして保管する。(注4)
- ウ 採取後すぐに冷暗所(できれば冷蔵庫内)に保管し、その日のうちに冷凍する。分析機関に冷凍状態で輸送する。

(2) 血液

- ア 容器はガラス製又はプラスチック製とし、EDTAを加えて凝固を防ぎながら血液を採取する。ヘパリンは使用しない。
- イ 採取後すぐに遠沈し、血球成分と血清成分を分ける。
- ウ 分離後冷凍保管し、分析機関に冷凍状態で輸送する。

(3) 毛髪

- ア 切り跡が目立たない程度の量の髪の毛を親指と人差し指でつまみ、根本からハサミで切り取る。根本近くをパラフィルムの小片でまき、髪がばらばらにならないようにしてビニル袋に入れる。
- イ 頭部の各所から、あわせて数束採取する。その際、できるだけ長い部分の髪