

平成31年度 加古川市 健診ガイド

保存版

令和2年2月29日まで有効

無料健診の情報は
6ページに！

自覚症状が
ないときこそ
健診を！



申込方法

1. 受診する機関・日程を決める

① センター健診
(加古川総合保健センター)
(3ページ)



② 巡回健診
(公民館、商業施設等)
(4ページ)



③ 協力医療機関

- ・子宮がん(4ページ)
- ・特定健診、後期高齢者健診
(受診票に同封の案内をご覧ください。)



2. 申込み開始日以降に電話で予約をする



加古川総合保健センター

079-429-2923

<受付時間>

午前8時30分～午後5時

土・日曜日、祝日、お盆(8/10～15)、
年末年始(12/28～1/5)を除く

※申込み開始日は電話が混み合い、
つながりにくいことがあります。

注目!

<特定健診・後期高齢者健診とがん検診等とのセット受診方法>

がん検診等は、特定健診・後期高齢者健診の受診票が届く前に予約が可能です。
特定健診等の受診票が届いてから、追加で特定健診等の予約をしてください。

※ 国保特定健診・後期高齢者健診の受診票の送付時期は、2ページをご覧ください。

健診一覧

◆ 5ページの注意事項を必ずご覧ください。

◎下記太枠内の申込:加古川総合保健センター TEL 079-429-2923 申込開始日は、3・4ページをご覧ください。

種類	対象者 (年齢は令和2年3月31日時点)	参考 (検診費用) (円)	自己負担額 (円)	内容	受診場所			
					加古川総合 保健センター (3ページ)	公民館等 (4ページ)	協力 医療機関	
胃がんリスク 検査(ABC分類)	過去に胃がんリスク検査を受けていない 18歳以上	約 6,400	1,500 ※1	血液検査(ピロリ菌感染の有無、胃の萎縮度)	○	○	×	
胃がん	胃部X線	約 7,600	1,000 ※1 ※2	バリウムを飲み胃部X線撮影	○	○	×	
	胃内視鏡	前年度に胃内視鏡を受けていない 50歳以上 (2年に1回)	約 18,700	4,000	胃内視鏡検査(経口のみ) <small>ピロリ菌除菌済みの方は、主治医にご相談ください。</small>	○	×	×
肺がん	胸部X線	約 2,300	500 ※1 ※2	胸部X線撮影 ※問診により必要とされた場合のみ、800円追加し、喀痰細胞診検査を受診できます。	○	○	×	
	胸部CT	約 16,300	5,000	胸部CT撮影	○	×	×	
大腸がん	40歳以上	約 2,300	500 ※1 ※2	便潜血検査	○	○	×	
子宮頸がん	20歳以上 の女性 (2年に1回)	センター健診	約 6,800	1,000 ※1 ※2	子宮の細胞をこすり取る細胞診 ※医師が必要と認めた場合のみ、500円追加し、子宮体部がん検診を協力医療機関で受診できます。	○	×	×
		個別検診	約 10,400	1,500 ※1 ※2		×	×	○ (4ページ)
乳がん	マンモグラフィー	40歳以上 の女性 (2年に1回)	約 6,500	1,000 ※1	マンモグラフィー撮影(X線) 40歳代2方向 50歳以上1方向	○	×	×
	超音波 (乳腺エコー)	30~39歳 の女性	約 6,400	3,000	超音波検査	○	×	×
前立腺がん	50歳以上 の男性	約 3,400	1,500	血液検査	○	○	×	
骨粗しょう症	40歳以上	約 2,200	500 ※1	足のかかとに超音波をあて、骨強度測定	○	○	×	
肝炎ウイルス	過去に肝炎ウイルス検診を受けていない 40歳以上	約 4,100	1,000 ※1 ※2	血液検査(B型・C型肝炎)	○	○	×	
国保 特定健診	加古川市国民健康保険に加入の 30~74歳 ※国民健康保険以外にご加入の方は、加入している健康保険の保険者にお問い合わせください。	約 7,600	無料	診察、身長・体重・腹囲測定、血圧測定、血液検査 (コレステロール・血糖・肝機能・腎機能・尿酸)、尿検査(尿たんぱく・血糖)	30~39歳			
		約 11,300			40~74歳			
受診票郵送時期		◆30~39歳：加古川総合保健センターに電話予約後に郵送 ◆40歳以上：6月上旬に郵送 ※受診票が届かない場合は、健康課までご連絡ください。(TEL 079-427-9215)						
* 国民健康保険証の資格取得年月日が平成31年4月18日以降の方及び、資格取得年月日が平成31年4月1日以前でも交付年月日が平成31年4月18日以降の方は、受診票が郵送されません。受診を希望される方は、健康課までご連絡ください。								
後期高齢者健診 ◀担当課▶国民健康保険課	・後期高齢者健診:6月上旬、加古川市後期高齢者医療制度加入者のうち、対象者へ受診票郵送。 ※受診票が届いても生活習慣病の治療中の方は受診できませんので、ご注意ください。 ・TEL 079-427-9388				○ (歯科除く)	○	○	

※1 生活保護法による被保護世帯または、市民税非課税世帯の方の健診自己負担額の免除については6ページをご覧ください。

※2 65歳のみ胃がん(X線)・肺がん(X線)・大腸がん・子宮がん・肝炎ウイルス検診は無料です。

石綿ばく露者 健康管理調査事業	石綿(アスベスト)による健康不安がある 18歳以上 (3ページ) ※検診期間は令和元年10月31日までです。	無料	問診、胸部CT撮影、胸部X線撮影、保健指導	受診条件を健康課(TEL 079-427-9215)へご確認ください。
30歳国保 歯周病検診 ◀担当課▶国民健康保険課	加古川市国民健康保険に加入の 30歳	無料	歯・歯周の検査、相談、歯のクリーニング(6歯のみ)	対象の方へ受診券を送付予定です。
40・50・60・70歳 歯周病検診	加古川市にお住まいの 40・50・60・70歳	無料	歯・歯周の検査、相談、歯のクリーニング(6歯のみ)	対象の方へ受診券を送付済みです。
75歳・80歳 歯科健診 ◀担当課▶国民健康保険課	後期高齢者医療制度に加入の 75歳・80歳 (4月1日時点)	無料	歯科口腔健診 (現在歯・歯肉・口腔衛生状況・咬合・咀嚼能力・嚥下機能等)	対象の方へ受診券を送付済みです。

センター健診

受診場所：加古川総合保健センター

◆ 5ページの注意事項を必ずご覧ください。

- ＜健診種類＞ 胃がんリスク検査、胃がん(X線・内視鏡)・肺がん(X線・CT)・大腸がん・子宮頸がん・乳がん(マンモグラフィー・超音波)・前立腺がん・骨粗しょう症・肝炎ウイルス検診、特定健診、後期高齢者健診
- ＜申込方法＞ 加古川総合保健センターへ電話で予約をしてください。(1ページをご覧ください。)

特定健診・後期高齢者健診をがん検診等とセットで受けられます！
 セット受診をご希望の場合は、1ページをご覧ください。

申込み開始日
5月8日(水)

10月以降は大変混み合い、ご希望の日に予約できない場合があります。早めに予約をしてください。

- ＜対象者・自己負担額＞ 2ページをご覧ください。
 - ＜日程＞ カレンダーの日付に色が付いている日
 - ＜定員＞ 午前・午後 各100名
 - ＜受付時間＞ 午前8時30分～10時30分
午後1時15分～2時30分
- ※子宮頸がん検診は午後のみ

10月20日(日)はジャパン・マンモグラフィー・サンデー(J.M.S)です。毎年10月第3日曜日に、乳がん検診を受けられる取組みです。センター健診と同じ種類の健診(胃内視鏡を除く)が受診可能です。また、子宮頸がん検診は午前中も受診可能です。

6月						
日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

7月						
日	月	火	水	木	金	土
6/30	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

8月						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

9月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

10月						
日	月	火	水	木	金	土
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

11月						
日	月	火	水	木	金	土
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

12月						
日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

1月						
日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

2月						
日	月	火	水	木	金	土
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

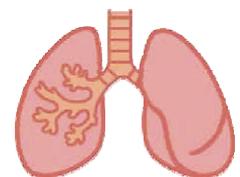
お知らせ

石綿ばく露者健康管理調査事業

無料

石綿(アスベスト)による健康不安がある方を対象に、胸部CT撮影や胸部X線撮影、保健指導を実施します。この事業は、検査の対象者や実施方法等の課題を検討するための試行調査事業です。

- ＜内容＞ 問診、胸部CT撮影、胸部X線撮影、保健指導
- ＜対象者＞ 18歳以上の石綿(アスベスト)による健康不安がある方で、調査の協力に同意する方(5ページもご覧ください。)
- ＜検診期間＞ 令和元年10月31日まで
- ＜申込み＞ 健康課 TEL 079-427-9215



巡回健診

受診場所：公民館など

◆ 5ページの注意事項を必ずご覧ください。

＜健診種類＞

- ・特定健診、後期高齢者健診
- ・胃がんリスク検査（ABC分類）
- ・胃がん（X線）
- ・肺がん（X線）
- ・大腸がん
- ・前立腺がん
- ・骨粗しょう症
- ・肝炎ウイルス検診

**特定健診・後期高齢者健診を
がん検診等とセットで受けられます！**

特定健診・後期高齢者健診の受診票を
お手元にご準備の上、予約してください。

希望者に認知症早期発見チェックを実施します。
（予約不要・無料）



＜申込方法＞ 下記より希望の受診場所と日程を選び、
申込み開始日以降に加古川総合保健センターへ
電話で予約してください。（1ページをご覧ください。）

＜対象者・自己負担額＞ 2ページをご覧ください。

＜受付時間＞ 午前9時30分～11時30分（* ニッケパークタウンは午前10時～11時30分）

＜受診場所・日程・申込み開始日＞

受診場所	日	程	申込み開始日
氷丘公民館	8 / 30 (金)		6/25 (火)
* ニッケパークタウン	9 / 6 (金)		
加古川北公民館	8 / 21 (水)	9 / 11 (水)	7/4 (木)
野口公民館	9 / 5 (木)		
陵南公民館	8 / 22 (木)		
尾上公民館	8 / 20 (火)	9 / 27 (金)	
別府公民館	8 / 23 (金)	9 / 10 (火)	
加古川総合文化センター	9 / 2 (月)	10 / 12 (土)	7/23 (火)
イオン加古川店	9 / 26 (木)		
平岡公民館	9 / 30 (月)		
東加古川公民館	10 / 29 (火)		
両荘公民館	8 / 29 (木)		7/9 (火)
加古川西公民館	8 / 31 (土)	10 / 30 (水)	
志方公民館	8 / 28 (水)		

子宮がん個別検診

受診場所：協力医療機関

◆ 5ページの注意事項を必ずご覧ください。

子宮がん検診は加古川総合保健センターのほか、
協力医療機関でも受診できます。

＜対象者・自己負担額＞ 2ページをご覧ください。

＜検診期間＞ 4月1日～令和2年2月29日

＜申込方法＞

- ①加古川総合保健センターへ電話で申し込む
- ②加古川総合保健センターより受診券が郵送される
- ③協力医療機関へ予約後、受診券を持って受診する

協力医療機関（平成31年4月1日時点）

奥産婦人科	加古川市加古川町木村700-1
関島産婦人科医院	加古川市加古川町粟津462-1
ちくご・ひらまつ産婦人科医院	加古川市加古川町中津230-1
安田産婦人科クリニック	加古川市平岡町一色西2丁目369-1
矢野産婦人科医院	加古川市西神吉町岸152-2
レディースクリニック近藤	加古川市加古川町篠原町111 ゼロ・ワン・ゼロビル3F303
親愛レディースクリニック	加古川市加古川町篠原町50
コスモクリニック	加古郡稲美町国岡2丁目9-7

注意事項

◎健診の申込みに関すること

- ・対象は加古川市在住の方です。年齢は令和2年3月31日時点です。
- ・胃がん(X線)・肺がん(X線・CT)・大腸がん・乳がん(超音波)・前立腺がん・骨粗しょう症検診、特定健診、後期高齢者健診、石綿ばく露者健康管理調査事業、歯周病検診の受診は平成31年度中に1回です。
胃がん(内視鏡)・子宮頸がん・乳がん(マンモグラフィ)検診は2年に1回です。
- ・今年度、胃がん(内視鏡)検診を受診された方は、翌年度、胃がん(X線・内視鏡)検診のどちらも受診できません。
- ・肺がん検診に併せて石綿(アスベスト)検診をしています。アスベストに不安のある方は予約時にお申し出ください。

◎健診の受診に関すること

健診を受けられるすべての方へ

- ・自覚症状のある方は医療機関を受診してください。
- ・がん検診の度に精密検査が必要となる方は、直接医療機関での検査・検診をお勧めします。
- ・妊娠中・妊娠の可能性のある方は、胃(X線・内視鏡)・肺(X線・CT)・子宮・乳(マンモグラフィ・超音波)がん検診を受診できません。
- ・授乳中の方は、胃がん(X線)・乳がん(マンモグラフィ・超音波)検診を受診できません。
- ・健診後の精密検査及び治療は保険診療となります。
- ・治療・経過観察中の病気がある方は、健診受診について主治医にご相談ください。

胃がんリスク検査を受けられる方

- ・同一年度内には、「胃がんリスク検査」、「胃部X線検査」、「胃内視鏡検査」のうちいずれか1つしか受診できません。
- ・食道、胃、十二指腸の病気で治療中の方、胃の手術を受けた方、腎不全の方、胃酸を抑える薬等を内服している方、ピロリ菌の除菌をした方は、正しい結果が得られない可能性が高いため、検査を希望される方は、主治医にご相談ください。

胃がん検診(X線・内視鏡)を受けられる方

- ・同一年度内には、「胃部X線検査」、「胃内視鏡検査」、「胃がんリスク検査」のうちいずれか1つしか受診できません。
 - ・問診や血圧測定の結果、検診受診に危険があると思われる方はお断りすることがあります。不安のある方は、事前に主治医にご相談のうえお申し込みください。
 - ・ピロリ菌除菌済みの方は、主治医にご相談ください。
- (X線)
- ・腸閉塞の既往のある方、バリウム過敏症や、バリウムをうまく飲み込めない方は危険なため受診できません。胃の手術既往のある方へは原則実施しません。
 - ・体重制限があります。(135kg以上の方は受診できません。)
- (内視鏡)
- ・受診人数に限りがあります。
 - ・咽頭に重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない方は受診できません。
 - ・検査は経口のみで、咽頭麻酔での実施になります。(鎮静剤の使用はありません。)
 - ・検査中に医師が組織検査が必要と認め、検査を希望された場合は、追加料金(保険診療)が必要です。

肺がん(結核)検診(X線・CT)を受けられる方

- ・同一年度内には、「胸部X線検査」または「胸部CT検査」のどちらか一方しか受診できません。
- (CT)
- ・ペースメーカーを装着中の方は受診できません。

子宮がん検診を受けられる方

- ・子宮を全摘された方は、子宮がん検診の必要はありません。
- ・月経中、月経終了直後は正確な検査ができません。

乳がん検診(マンモグラフィ・超音波)を受けられる方

- ・妊娠・授乳中の方、断乳1ヶ月以内の方、断乳後でも乳汁分泌のある方、ペースメーカー装着、豊胸手術(脂肪注入を含む)やV-Pシャント(水頭症の治療)を受けた方は受診できません。
- ・乳房切除、乳房内にチューブ等を挿入された方は主治医にご相談ください。

石綿ばく露者健康管理調査事業を受けられる方

- 以下の方は調査の対象外となります。
- ・労働安全衛生法の健康管理手帳を取得している、または交付要件に該当する方
 - ・石綿障害予防規則により職場等で石綿に関する特殊健康診断を受けることができる方
 - ・石綿関連疾患が原因で医療機関を受診している方

今年度だけ！ 無料受診のチャンス！

●無料クーポン対象者 (5月末頃に郵送予定)

<健康課から送付>
子宮頸がん検診 平成10年4月2日 ~ 平成11年4月1日生の女性
乳がん検診 昭和53年4月2日 ~ 昭和54年4月1日生の女性
肝炎ウイルス検診 昭和53年4月2日 ~ 昭和54年4月1日生の男女

<国民健康保険課から送付>
胃(X線)・肺(X線)がん検診 (年齢は令和2年4月1日時点です。)
加古川市国民健康保険加入者のうち40・45・50・55・60歳の男女



●無料検診対象者 (クーポン券はありません。年齢確認が出来るものを検診会場で提示してください。)

65歳検診【胃(X線)・肺(X線)・大腸・子宮頸がん、肝炎ウイルス検診】
昭和29年4月1日 ~ 昭和30年3月31日生の男女

肝炎ウイルス検診 昭和40年4月1日 ~ 昭和47年3月31日生の男女

●自己負担額免除制度 (検診前に申請し、検診当日に費用免除決定通知書が必要です。)

<対象者> 生活保護法による被保護世帯または、市民税非課税世帯の方
<対象項目> 胃がんリスク検査(ABC分類)、胃(X線)・肺(X線)・大腸・子宮・乳(マンモグラフィ)がん、骨粗しょう症・肝炎ウイルス検診
<申請場所> 加古川市役所健康課、各市民センター、東加古川市民総合サービスプラザ
<その他> 転入・世帯員の異動などで、提出書類が必要な場合があります。

申込み開始日以降に **必ずご予約ください**

申込み開始日は電話が混み合い、つながりにくいです。

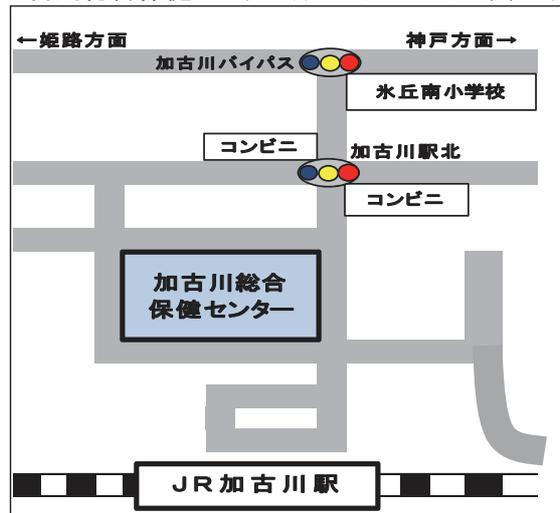
加古川総合保健センターへ

 **079-429-2923**

受付時間：午前8時30分～午後5時
土・日曜日、祝日、お盆(8/10～15)、
年末年始(12/28～1/5)を除く

- * 大腸がん検診予約の方には検査容器を郵送しますので、検査日の1週間前までにお申し込みください。
- * 健診をキャンセル・変更される場合は、できるだけ早く加古川総合保健センターへご連絡ください。キャンセルの連絡がないため、多くの方が受診できない状況にあります。

加古川総合保健センター(ウェルネージかこがわ)の案内



所在地：加古川市加古川町篠原町103-3
(JR加古川駅北へ徒歩約2分)

交通案内：できるだけ公共交通機関をご利用ください。
お車で来られる場合は、施設内駐車場(有料)をご利用ください。
※健診でご利用の場合は1時間まで無料です。

申込み以外の問合せは 加古川市役所 健康課へ TEL 079-427-9215

がん検診等のお知らせ



がん検診等の申込みは

加古川総合保健センター

☎ 079-429-2923

電話予約受付時間: 午前8時30分～午後5時
土・日曜日、祝日、お盆(8/10～15)、年末年始(12/28～1/5)を除く

申込み開始日

センター健診	5月8日(水)
巡回健診	会場により異なります
子宮がん個別検診	受付中

※申込み開始日には電話が混み合い、つながりにくいことがあります。

特定健診・後期高齢者健診とがん検診等が同時に受診できます。

★年齢は、2020年3月31日時点です。

種類	対象者	参考 (検診費用) (円)	自己負担額 (円)	内容	受診場所		
					加古川総合 保健センター (センター健診)	公民館等 (巡回健診)	
胃がんリスク 検査(ABC分類)	い ず れ か 1 つ	過去に胃がんリスク検査を受けていない 18歳以上	約 6,400	1,500	血液検査(ピロリ菌感染の有無、胃の萎縮度)	○	○
		前年度に胃内視鏡を受けていない 40歳以上	約 7,600	1,000	バリウムを飲み 胃部X線撮影	○	○
		前年度に胃内視鏡を受けていない 50歳以上 (2年に1回)	約 18,700	4,000	胃内視鏡検査(経口のみ)	○	×
肺がん (結核)	い ず れ か 1 つ	40歳以上	約 2,300	500	胸部X線撮影 ※問診により必要とされた場合のみ、800円追加し、喀痰検査を受診できます。	○	○
		50歳以上	約 16,300	5,000	胸部CT撮影	○	×
大腸がん	40歳以上	約 2,300	500	便潜血検査	○	○	
子宮頸がん	20歳以上 の女性 (2年に1回)	センター 健診	約 6,800	1,000	子宮の細胞をこすり取る細胞診 ※医師が必要と認めた場合のみ、 500円追加し、子宮体部がん 検診を協力医療機関で受診 できます。	○	×
		個別 検診	約 10,400	1,500			
乳がん	マンモグラフィー 超音波 (乳腺エコー)	40歳以上 の女性 (2年に1回)	約 6,500	1,000	マンモグラフィー撮影 (X線)	○	×
		30～39歳 の女性	約 6,400	3,000	超音波検査	○	×
前立腺がん	50歳以上 の男性	約 3,400	1,500	血液検査	○	○	
骨粗しょう症	40歳以上	約 2,200	500	足のかかると超音波をあて、 骨強度測定	○	○	
肝炎ウイルス	過去に肝炎ウイルス検診を受けていない 40歳以上	約 4,100	1,000	血液検査	○	○	

石綿ばく露者 健康管理調査事業	石綿(アスベスト)による健康不安がある 18歳以上	無料	問診、胸部CT撮影、 胸部X線撮影、保健指導	受診条件を健康課 (TEL 079-427-9191) へご確認ください。
--------------------	-------------------------------------	----	---------------------------	---

お得な情報は裏面へ！

早期発見・治療は、自分のため、家族のため。

怖いのは、がんが見つかることではなく、知らないままがんが進行することです。
定期的ながん検診を受診しましょう。



健診自己負担額の免除について

●検診前に申請が必要です。

<対象者> 生活保護法による被保護世帯または、市民税非課税世帯の方

<対象項目> 胃がんリスク検査(ABC分類)、胃(X線)・肺(X線)・大腸・子宮・乳(マンモグラフィー)がん検診、骨粗しょう症・肝炎ウイルス検診

<申請場所> 加古川市役所健康課、各市民センター、東加古川市民総合サービスプラザ

<その他> 転入・世帯員の異動などで、提出書類が必要な場合があります。

無料検診

●クーポン券はありません。年齢が確認出来るものを検診会場で提示してください。

肝炎ウイルス検診

昭和40年4月1日～昭和47年3月31日生の男女(過去に肝炎ウイルス検診を受けていない方)

65歳検診【胃(X線)・肺(X線)・大腸・子宮頸がん、肝炎ウイルス検診】

昭和29年4月1日～昭和30年3月31日生の男女

無料クーポン

●対象者には、5月末頃にクーポン券を郵送しています。

子宮頸がん検診

平成10年4月2日～平成11年4月1日生の女性

乳がん検診

昭和53年4月2日～昭和54年4月1日生の女性

肝炎ウイルス検診

昭和53年4月2日～昭和54年4月1日生の男女

胃(X線)・肺(X線)がん検診

※国民健康保険課から送付(問合せ先:TEL 079-427-9188)

加古川市国民健康保険加入者のうち40・45・50・55・60歳の男女(年齢は2020年4月1日時点)



日程・会場

詳しくは、別紙「健診のご案内」または 健診ガイド(広報かこがわ5月号と同時配布)、
加古川市健康課ホームページ 等をご覧ください。

<申込み以外のお問合せ先> 加古川市役所 健康課 TEL:079-427-9191



令和元年度 加古川市

がん検診等のご案内



がん検診等の申込みは

加古川総合保健センター

☎ 079-429-2923

※申込み開始日には電話が混み合い、つながりにくいことがあります。

電話予約受付時間：午前8時30分～午後5時
土・日曜日、祝日、お盆(8/10～15)、年末年始(12/28～1/5)を除く

申し込み以外の問い合わせは、加古川市役所 健康課へ TEL:079-427-9215

健診一覧

種類	対象者 (年齢は令和2年3月31日時点)	参考 (検診費用) (円)	自己負担額 (円)	内容	受診場所		
					加古川総合 保健センター (センター健診)	公民館等 (巡回健診) ※4	
胃がんリスク 検査(ABC分類)	過去に胃がんリスク検査を受けていない 18歳以上	約 6,400	1,500 ※1	血液検査(ピロリ菌感染の有無、胃の萎縮度)	○	○	
胃がん	胃部X線 前年度に胃内視鏡を受けていない 40歳以上	約 7,600	1,000 ※1 ※2	バリウムを飲み 胃部X線撮影	○	○	
	胃内視鏡 前年度に胃内視鏡を受けていない 50歳以上 (2年に1回)	約 18,700	4,000	胃内視鏡検査(経口のみ)	○	×	
肺がん (結核)	胸部X線 いずれか一つ 40歳以上	約 2,300	500 ※1 ※2	胸部X線撮影 ※問診により必要とされた場合のみ、 800円追加し、喀痰細胞診検査を受診できます。	○	○	
	胸部CT いずれか一つ 50歳以上	約 16,300	5,000	胸部CT撮影	○	×	
大腸がん	40歳以上	約 2,300	500 ※1 ※2	便潜血検査	○	○	
子宮頸がん	20歳以上の女性 (2年に1回)	センター 健診	約 6,800	1,000 ※1 ※2	子宮の細胞をこすり取る細胞診 ※医師が必要と認めた場合のみ、 500円追加し、子宮体部がん 検診を協力医療機関で受診 できます。	○	×
		個別 検診	約 10,400	1,500 ※1 ※2		市内8ヶ所 協力医療機関	
乳がん	マンモグラフィー 40歳以上の女性 (2年に1回)	約 6,500	1,000 ※1	マンモグラフィー撮影(X線) 40歳代2方向 50歳以上1方向	○	×	
	超音波 (乳腺エコー) 30～39歳の女性	約 6,400	3,000	超音波検査	○	×	
前立腺がん	50歳以上 の男性	約 3,400	1,500	血液検査	○	○	
骨粗しょう症	40歳以上	約 2,200	500 ※1	足のかかとに超音波をあて、 骨強度測定	○	○	
肝炎ウイルス	過去に肝炎ウイルス検診を受けていない 40歳以上	約 4,100	1,000 ※1 ※2 ※3	血液検査(B型・C型肝炎)	○	○	
石綿ばく露者 健康管理調査事業	石綿(アスベスト)による健康不安がある 18歳以上		無料	受診条件を健康課(TEL 079-427-9215)へご確認ください。			

※1 健診自己負担額の免除について(健診を受診する前に申請が必要です)

＜対象者＞ 生活保護法による被保護世帯または、市民税非課税世帯の方

＜対象項目＞ 胃がんリスク検査(ABC分類)、胃(X線)・肺(X線)・大腸・子宮・乳(マンモグラフィー)がん検診、骨粗しょう症・肝炎ウイルス検診

＜申請場所＞ 加古川市役所健康課、各市民センター、東加古川市民総合サービスプラザ

＜その他＞ 転入・世帯員の異動などで、提出書類が必要な場合があります。

※2 65歳のみ胃(X線)・肺(X線)・大腸・子宮頸がん検診、肝炎ウイルス検診は無料です。

※3 48～54歳は肝炎ウイルス検診は無料です。

※4 巡回健診では、ご希望の方に認知症早期発見チェック(予約不要・無料)を実施します。



日程

詳しくは、検診ガイド、「広報かこがわ」または、

加古川市 成人の方の健診

検索

早期発見・治療が、自分のため、家族のため。

がんの種類によっては進行が非常に早いものがあり、1年前の検査で異常がなくても安心できない場合があります。怖いのは、がんが見つかることなく、知らないままです。
がん検診は、必ず定期的に受診するようにしましょう。

日本人が最も かかりやすい胃がん

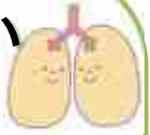


バリウムが苦手です...

バリウム(造影剤)を飲むことで、胃の形や粘膜を観察します。最近では、味や量が工夫されて飲みやすくなっています。

検診を受けた人は、受けなかった人に比べ、胃がんによる死亡率が約半分に低下するといわれています。

最も死亡数が多い 肺がん



タバコは吸わないけど...

タバコを吸わない人でも、受動喫煙(他人のタバコの煙を吸わされること)で、肺がんになるリスクは高まります。

最近では、小さながんを見つけ、早期に治療が始められることが多くなっており、治るがんへなりつつあります。

女性なら誰でもかかる 可能性のある子宮がん



子宮頸がんと子宮体部がんって何が違うの？

子宮がんには、子宮の入口にできる頸がんと奥にできる体部がんの2種類があります。

子宮頸がん検診では、がんだけではなく、異形成といって、がんになる前の段階(前がん状態)も発見できます。

50歳以上では、子宮体部がんが多くなっています。

近年増加している 大腸がん



便を調べるのが恥ずかしい...

食生活の欧米化、運動不足などにより、近年大腸がんにかかる人が増えています。

便の中に血液が混じっているかどうか2日分の便を検査します。それだけで、検診を受けない人に比べ、大腸がんによる死亡率が約70%下がるといわれています。

国内最大の感染症 肝炎ウイルス



症状は何もないんだけど...

肝臓は「沈黙の臓器」ともいわれており、自覚症状がほとんどないため、多くの方が感染に気づいていないともいわれています。進行性の病気で、放置すると、肝硬変や肝がん等に進行することもあります。

加古川市 健診結果等について

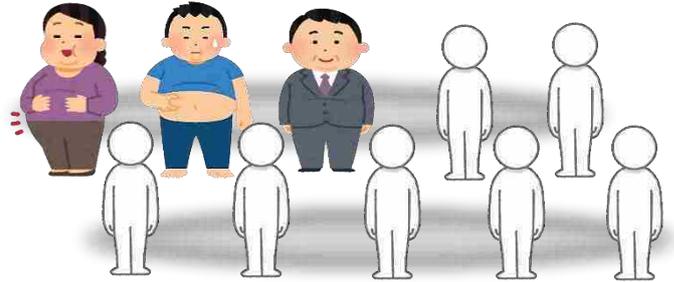
1 H29特定健診について（対象者：40～74歳の国民健康保険加入者） 資料：KDBシステム

①加古川市 受診率ランキング

順位	町名	受診率
1位	野口町	36.7%
2位	加古川町	36.6%
3位	東神吉町	36.1%
4位	西神吉町	36.0%
5位	上荘町	35.4%
6位	志方町	35.3%
市平均		34.8%
7位	平岡町	34.8%
8位	神野町	34.7%
9位	平荘町	33.9%
10位	別府町	33.5%
11位	尾上町	31.5%
12位	米田町	30.6%
13位	八幡町	27.0%

②メタボリックシンドローム判定の内訳

受診者10人のうち、2人はメタボ、1人はメタボ予備群



メタボリックシンドロームは内臓脂肪がたくさん溜まった状態です。内臓脂肪は多すぎると、高血圧、糖尿病、脂質異常症を引き起こします。

③HbA1cの有所見者割合

受診者の約8割は糖尿病の疑いあり？！



HbA1cは、過去1～2か月の血糖値の状態を示す値です。この値が高いと、糖尿病の疑いがあります。

全国受診率は**37.2%**

加古川市は、全国と比べて受診率が低い状態です。

2 がん検診について 資料：H30加古川市健診結果

項目	受診者数	がん発見者数 (がん疑いも含む) R1.5月時点
胃がん	3,914人	3人
肺がん	8,523人	16人
大腸がん	9,476人	13人
子宮がん	3,221人	2人
乳がん	3,923人	13人

※がん発見者数は、胃・肺がんは令和元年6月時点。

子宮頸がんは、がんになる前の状態（異形成）で発見されている人もいます。

がん・生活習慣病は、私たち誰もが関係のある病気です。

早期に発見できるように、定期的に健診を受けることが大切です。加古川市では、健診を受けていただきやすくするため、助成をしています。

3 肝炎ウイルス検診について 資料：H30加古川市健診結果

受診者数	B型肝炎ウイルス陽性 R1.5月時点	C型肝炎ウイルス感染の可能性が極めて高い R1.5月時点
2,657人	16人	1人

裏面で、加古川市で受けられる健診を確認！



肝炎ウイルスは自覚症状が乏しく、知らないうちに感染していることがあります。早期発見すれば、進行を防ぐことができ、治療が可能です。

令和元年度 加古川市健診一覽

健診の種類によっては、ご予約数に達しており受付終了している可能性があります。ご了承ください。

種類		対象者 (年齢は令和2年3月31日時点)	自己負担額 (円)	加古川 総合保健 センター (センター健診)	公民館等 (巡回 健診)
胃がんリスク検査 (ABC分類)		過去に胃がんリスク検査を受けていない 18歳以上	1,500 ※1	○	○
胃がん	胃部X線	前年度に胃内視鏡を受けていない 40歳以上 <small>ピロリ菌除菌済みの方は、主治医にご相談ください。</small>	1,000 ※1 ※2	○	○
肺がん (結核)	胸部X線	40歳以上 *問診で必要とされた場合は、 800円を追加し、喀痰検査を 受診できます。	500 ※1 ※2	○	○
	胸部CT	50歳以上	5,000	○	×
大腸がん		40歳以上	500 ※1 ※2	○	○
子宮頸がん		20歳以上 の女性 (2年に1回) *医師が必要と認めた場合は、 500円 を追加し、 子宮体部がん検診を協力医療機関で受診できます。	センター 健診 1,000 ※1 ※2 個別 検診 1,500 ※1 ※2	○	×
乳がん	マンモグラフィー	40歳以上 の女性 (2年に1回)	1,000 ※1	○	×
	超音波 (乳腺エコー)	30～39歳 の女性	3,000	○	×
前立腺がん		50歳以上 の男性	1,500	○	○
骨粗しょう症		40歳以上	500 ※1	○	○
肝炎ウイルス		過去に肝炎ウイルス検診を受けていない 40歳以上	1,000 ※1 ※2 ※3	○	○
国保特定健診		加古川市国民健康保険加入者 ◆ 30～39歳 ：加古川総合保健センターに電話 予約後に受診票が郵送されます。 ◆ 40～74歳 ：6月に受診票を郵送しています。	無料	○	○
後期高齢者健診		対象者へ6月に受診票を郵送しています。 *生活習慣病の治療中の方は受診できません。	無料	○	○
石綿ばく露者 健康管理調査事業		石綿 (アスベスト) による健康不安がある 18歳以上 *受診期間は10月31日までです。	無料		詳しくは、健康課へ ご確認ください

※1 生活保護世帯または市民税非課税世帯の方は、健診自己負担額の免除制度があります。(健診を受診する前に市民センター等で申請してください。)

※2 65歳は※2の健診が無料です。 ※3 48～54歳は肝炎ウイルス検診が無料です。

日程

「広報かこがわ」、「健診ガイド」、または
加古川市ホームページをご覧ください。



健診ガイド
毎年広報
かこがわ
5月号と
同時配布!

申込み方法

- 加古川総合保健センター・公民館等での健診、
子宮頸がん個別検診は

TEL:079-429-2923

*受付時間：午前8時30分～午後5時
土・日曜日、祝日、お盆(8/10～15)、年末年始(12/28～1/5)を除く
*キャンセル・変更される場合は、加古川総合保健センターへご連絡ください。

- 特定健診・後期高齢者健診を協力医療機関で
受ける場合は、直接受診する医療機関へ

問合せ先： 加古川市 健康課 TEL 079-427-9215
後期高齢者健診は 加古川市 国民健康保険課 TEL 079-427-9388

同意書

加古川市長 様

令和 年 月 日

私は、加古川市が実施する石綿ばく露者健康管理調査（以下、健康管理調査）の目的を理解するとともに、以下の点について確認の上、健康管理調査に協力することに同意します。

（説明を受けて理解した項目の□にレ点をつけて下さい。）

- 医学的検査自体による放射線被ばくによるリスクがあること
- 中皮腫等の石綿関連疾患について、必ずしも早期発見できるとは限らないこと
- 健康管理調査への参加は同意者本人の自由意思によるものであること
- 健康管理調査への参加に同意した場合であっても随時これを撤回できること
- 個人情報（加古川市や健康管理調査実施機関において適正に管理・保管し、独立行政法人環境再生保全機構、兵庫県、環境省又はその委託を受けた者が調査もしくは法令上の措置に必要な範囲で共同利用すること）
- 健康管理調査及び兵庫県や環境省が実施する調査の結果を公表する場合は、個人が特定できないような形式で公表すること
- 読影の結果、医療が必要となった場合、加古川市や健康管理調査実施機関が医療機関に診断の状況等を照会し、情報を得ること
- 転居・病気等で音信不通になった場合、加古川市が居住情報等について、住民基本台帳、人口動態調査、地域がん登録などの行政が保有する情報を利用し、現況を確認する場合があります
- 健康管理調査実施期間は、令和元年度までを予定しているが、その後も調査参加者に対して、健康状況を確認するための追加調査を実施する可能性があること

<調査の目的>

健康管理調査では、石綿ばく露の可能性があると申し出た方を対象に、問診、胸部X線及び胸部CT検査等を実施し石綿ばく露の評価を行う。さらに、健康管理調査の結果と調査施行に伴い明らかになった課題や対応方策等について、兵庫県及び環境省に報告する。

（同意者）

氏 名： _____ 印 _____

住 所： _____

電話番号： _____

※氏名を記載し、押印することに代えて、署名することができます。

加古川市石綿ばく露者健康管理調査 問診票

※本紙及び同意書を必ず記入の上、検査当日にご持参ください。
記入方法など不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

<問合せ先> 加古川市健康課 TEL 079-427-9215

加古川市 石綿ばく露者健康管理調査問診票

太枠内を記載して下さい。

No.

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成	
氏名			年	月 日 (歳)
現住所	〒 -	性別	男 ・ 女	
		電話番号	()	
		携帯電話番号	()	
現住所と住民票の住所が異なる場合、下記を記載して下さい。同じ場合は、同上と記載して下さい。				
住民票の 住所地	〒 -			

あてはまる□にレ点をつけてください。

1. この健康管理調査を受ける理由を教えてください。

自分が石綿を扱う会社に勤務しており、直接石綿を扱う作業を行っていた。

自分が石綿を扱う会社に勤務していたが、直接石綿を扱う作業はしていない。
(事務や経理などの石綿を扱わない作業を担当していた。)

家族が石綿を扱う仕事や日曜大工をしていた。

石綿取扱施設や吹き付け石綿のある倉庫等への立ち入り経験がある。

石綿取扱工場周辺に居住・通学・通勤をしていた。

その他 (上記以外に受診理由がある場合、記載して下さい。)

()

2. 現在までに、肺の病気にかかったことがありますか。

(1) ある

① いつ頃から ()

② 治療した病院名 ()

③ 病名にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎
<input type="checkbox"/> じん肺 (石綿肺)	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎 (肺線維症)	<input type="checkbox"/> 肺気腫	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎
<input type="checkbox"/> 原因不明の胸水	<input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気 ()		

(2) 以前にあったが、今は治っている。

① いつ頃から、いつまで ()

② 治療した病院名 ()

③ 病名にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎
<input type="checkbox"/> じん肺 (石綿肺)	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎 (肺線維症)	<input type="checkbox"/> 肺気腫	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎
<input type="checkbox"/> 原因不明の胸水	<input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気 ()		

(3) なし

<p>3. 現在、何か症状がありますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> ある</p> <p>① いつ頃から ()</p> <p>② 症状 (発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他 ())</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> なし</p>
<p>4. 家族で石綿関連疾患にかかった人はいますか。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> ある</p> <p>① 誰が ()</p> <p>② どのような病気 (中皮腫 ・ 肺がん ・ 石綿肺 ・ びまん性胸膜肥厚 ・ その他 ())</p> <p>③ いつ頃から ()</p> <p>④ 通院していた病院名 ()</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> なし</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> わからない</p>
<p>5. 喫煙の有無</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 現在、毎日吸っている。</p> <p>① 1日平均 (本)、 ② 何歳～何歳 (何年間) (歳～ 歳) (年間)</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> 過去に吸っていた。</p> <p>① 1日平均 (本)、 ② 何歳～何歳 (何年間) (歳～ 歳) (年間)</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 普段は吸わないが、まれに吸うことがある。</p> <p>① ひと月 (本)、 ② 何歳～何歳 (何年間) (歳～ 歳) (年間)</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> 吸わない。</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 同居者に吸っている人がいる。</p> <p>誰が吸っていますか ()</p>
<p>6. 胸部X線検査受診の有無 (1年程前まで)</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 時期 (年 月頃) ・ 医療機関名 ()</p> <p>結果 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 通院している ()</p>
<p>7. 胸部CT検査受診の有無 (1年程前まで)</p> <p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 時期 (年 月頃) ・ 医療機関名 ()</p> <p>結果 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 通院している ()</p>
<p>8. その他、石綿ばく露があったと思われる時の周辺環境など、わかることがあれば具体的に記入してください。</p>

問診日：令和 年 月 日

問診者： _____

9. 居住歴（出生から現在までの居住歴）を記載してください。

※実際に住んでいた場所を○県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

※場所が具体的にわからない場合は、わかる範囲で記載してください。

例えば、過去に○○県□□市△△町○ー○に居住していたが、□□市までしかわからない場合は、住所がわかるような地理的な情報を積極的に記載してください。

記載例：住所は○○県□□市で、家は●●小学校北側で■川の本横であった。

居住した時期	住所	備考
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		
昭・平・令 年 月 ～ 年 月		

10. 受診者の通学歴を記載してください。

※学校の所在地は、できる限り○県○市○町○番地まで詳しく記載してください。

通学した時期	学校	所在地	備考
昭・平・令 年 月 ～ 年 月			
昭・平・令 年 月 ～ 年 月			
昭・平・令 年 月 ～ 年 月			
昭・平・令 年 月 ～ 年 月			
昭・平・令 年 月 ～ 年 月			

1 1. 受診者の職業歴を記載してください。

※学生時代のアルバイトの短期間の職業歴なども含めてお答えください。

- (1) あり (2) なし



職業歴が「あり」の人にお聞きします。

下記に職業歴を学生時代のアルバイトなどの仕事も含めて記載してください。

※企業名は覚えているが所在地がわからない場合、企業名の所在地について〇〇市等わかる範囲の住所を記載してください。

※仕事の内容で石綿を使っていないことが明らかな場合、「仕事の内容」欄に、『石綿不使用であるが、仕事の内容は〇〇である』と記載してください。

従事した時期	企業名 所在地	仕事の 内容	この期間で 石綿を扱ったと思われる 時期	問診者チェック欄 ※⑥⑦以外は複数選択可 ※コード表参照						
				① 業種	② 内容	③ 取扱 材料	④ 近傍 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 吹付 部屋	⑦ 労災 認定
昭・平・令 昭・平・令 60年4月～61年3月	〇〇建設 〇県〇市〇町〇番地	石綿吹き 付け作業	昭・平・令 昭・平・令 60年4月～61年3月							
昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
				石綿に関して通算： 年 月						

1 2. 家族の職業歴を記載してください。

※受診者が家族と同居していた時、受診者以外の家族のうちの誰かが職に就いており、石綿を取り扱っていたことがわかっている場合、下記に記載してください。

※石綿を取り扱っていないことが明らかな場合は、記載は不要です。

※家族の職業歴があり、会社名は分かるが、仕事の内容まで把握できていない場合については「仕事の内容」欄に「職務内容不明」と記載してください。

続柄	同居していた時期	企業名 所在地	仕事の 内容	この期間で 石綿を扱ったと思われる 時期	問診者チェック欄 ※⑥⑦以外は複数選択可 ※コード表参照						
					① 業種	② 内容	③ 取扱 材料	④ 近傍 作業	⑤ 出入 場所	⑥ 吹付 部屋	⑦ 労災 認定
(例) 父	昭・平・令 昭・平・令 60年4月～61年3月	〇〇建設 〇県〇市〇町〇番地	石綿吹き 付け作業	昭・平・令 昭・平・令 60年4月～61年3月							
	昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
	昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
	昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
	昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
	昭・平・令 昭・平・令 年月～年月			昭・平・令 昭・平・令 年月～年月							
				続柄： 石綿に関して通算： 年 月							

加古川市石綿ばく露者健康管理調査 問診票（継続者用）

※本紙及び同意書を必ず記入のうえ、検査当日にご持参ください。
記入方法など不明な点がありましたら、下記までお問い合わせください。

<問合せ先> 加古川市健康課 TEL 079-427-9191

太枠内を記載してください。			No.
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成
氏名			年 月 日 (歳)
現住所	〒 —	性別	男 ・ 女
		電話番号	()
		携帯電話番号	()
現住所と住民票の住所地が異なる場合、下記を記載し、同じ場合は、同上と記載してください。			
住民票の 住所地	〒 —		

あてはまる□にレ点をつけてください。

1. 前回の調査以降に、肺の病気にかかったことがありますか。

(1) ある

① いつ頃から ()

② 治療した病院名 ()

③ 現在の治療の状況にチェックしてください。

治療中 治療済

④ 病名にチェックしてください。

<input type="checkbox"/> 肺結核	<input type="checkbox"/> 結核性胸膜炎	<input type="checkbox"/> 肺がん	<input type="checkbox"/> 慢性気管支炎
<input type="checkbox"/> じん肺 (石綿肺)	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎 (肺線維症)	<input type="checkbox"/> 肺気腫	<input type="checkbox"/> 原因不明の胸膜炎
<input type="checkbox"/> 原因不明の胸水	<input type="checkbox"/> その他の呼吸器の病気 ()		

(2) なし

2. 現在、何か症状がありますか。

(1) ある

① いつ頃から ()

② 症状 (発熱 ・ せき ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ その他 ())

(2) なし

3. 喫煙の有無

(1) 現在、毎日吸っている。

① 1日平均 (本)、 ②何歳～何歳 (何年間) (歳～ 歳) (年間)

(2) 過去に吸っていた。

① 1日平均 (本)、 ②何歳～何歳 (何年間) (歳～ 歳) (年間)

(3) 普段は吸わないが、まれに吸うことがある。

①ひと月 (本)、 ②何歳～何歳 (何年間) (歳～ 歳) (年間)

(4) 吸わない。

(5) 同居者に吸っている人がいる。

誰が吸っていますか ()

4. 胸部X線検査受診の有無 (前回の調査以降)

無 有 : 時期 (年 月頃) ・ 医療機関名 ()

結果 特になし 通院している ()

5. 胸部CT検査受診の有無 (前回の調査以降)

無 有 : 時期 (年 月頃) ・ 医療機関名 ()

結果 特になし 通院している ()

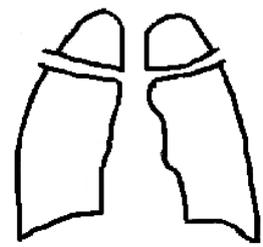
※前回の石綿ばく露者健康管理調査において聴取した問診票のうち、上記以外の質問項目 (写) を本年度の調査においても活用いたします。

問診日 : 年 月 日

問診者 :

加古川市 石綿ばく露者健康管理調査 画像所見報告書

医療機関使用欄		行政使用欄 No.		
受診者 氏名	生年月日		大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	性別		男 ・ 女	
胸部 単純 画像 所見	検査日：令和 年 月 日			
	有 疑		なし 評価不能	
			右 左	
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑦ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑨ その他所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	()			
※評価不能とは、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックして下さい。 ※胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックして下さい。				
胸部 C T 画像 所見	検査日：令和 年 月 日			
	有 疑		なし 評価不能	
			右 左	
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	④ 胸膜腫瘍疑い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑥ 円形無気肺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑦ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑧ リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑨ その他所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
()				
※評価不能とは、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックして下さい。 ※胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックして下さい。				
総合画像所見	胸部単純画像診断及び胸部C T画像診断の総合画像所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 (<input type="checkbox"/> 3か月後、 <input type="checkbox"/> 6か月後、 <input type="checkbox"/> 1年後、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要医療			
胸部単純画像診断及び胸部C T画像診断の総合所見追記事項 総合画像所見で、「要精密検査」もしくは「要医療」にチェックされた場合は、特に詳細にご記入下さい。				



上記のとおり、報告します。 令和 年 月 日

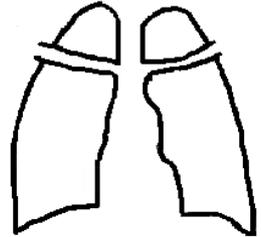
医療機関名 _____

読影医名 (担当医名) _____

(行政提出用)

加古川市 石綿ばく露者健康管理調査 画像所見報告書

医療機関使用欄		行政使用欄 No.		
受診者 氏名	生年月日		大・昭・平 年 月 日 (歳)	
	性別		男 ・ 女	
胸部 単純 画像 所見	検査日：令和 年 月 日			
	有 疑		なし 評価不能	
			右 左	
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑦ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑨ その他所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	()			
※評価不能とは、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックして下さい。 ※胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックして下さい。				
胸部 C T 画像 所見	検査日：令和 年 月 日			
	有 疑		なし 評価不能	
			右 左	
	① 胸水貯留	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	② 胸膜プラーク	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	③ びまん性胸膜肥厚	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	④ 胸膜腫瘍疑い	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑤ 肺野の間質影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑥ 円形無気肺	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	⑦ 肺野の腫瘤状陰影	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑧ リンパ節の腫大	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
⑨ その他所見	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
()				
※評価不能とは、吸気不良や表示条件が悪い場合にチェックして下さい。 ※胸膜肥厚や結核性所見は「その他所見」にチェックして下さい。				
総合画像所見	胸部単純画像診断及び胸部C T画像診断の総合画像所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 (<input type="checkbox"/> 3か月後、 <input type="checkbox"/> 6か月後、 <input type="checkbox"/> 1年後、 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 要医療			
胸部単純画像診断及び胸部C T画像診断の総合所見追記事項 総合画像所見で、「要精密検査」もしくは「要医療」にチェックされた場合は、特に詳細にご記入下さい。				



上記のとおり、報告します。 令和 年 月 日

医療機関名 _____

読影医名 (担当医名) _____

(受診者用)