

肺癌取扱い規約(抜粋)

肺がん検診における胸部X線検査の判定基準と指導区分

判 定 基 準		指 導 区 分
A	読影不能	再撮影
B	異常を認めない	定期検診
C	異常を認めるが、精密検査を必要としない	
D	異常を認めるが、肺がん以外の疾患が考えられる	肺がん以外の疾患に対する要精密検査
E 1	肺がんの疑い（わずかでも肺がんを疑うもの）	要精密検査（至急）
E 2	肺がんの疑い（肺がんを強く疑うもの）	要精密検査（至急）

令和 8 年度

肺がん検診・大腸がん検診業務委託 単価表

業 務 内 容		自己負担金 徴収区分		委託単価 (税込) (A)	自己負担金 額 (B)	支払単価 (税込) (A－B)
肺がん 検 診	胸部 X 線 検 査	徴収者 (40～69歳)	アナログ撮影 (フィルム含む)	1,727 円	600 円	1,127 円
			デジタル撮影 (CR 処理含 む)	2,310 円	600 円	1,710 円
		免除者 (70歳以上他)	アナログ撮影 (フィルム含む)	1,727 円	0 円	1,727 円
			デジタル撮影 (CR 処理含 む)	2,310 円	0 円	2,310 円
大腸がん 検 診	便潜血 反応検査	徴収者 (40～69歳)		1,188 円	600 円	588 円
		免除者 (70歳以上他)			0 円	1,188 円

肺がん検診・大腸がん検診完了報告書

		医療機関番号			
		0			
藤 沢 市 長		年 月 日			
		所 在 地			
		医療機関 名 称			
		氏 名			
____月実施した肺がん検診・大腸がん検診について、次のとおり報告します。					

区 分		負担金	件 数	単 価	金 額	
肺 が ん 検 診	胸部×線検査 (アナログ撮影)	徴 収	件	1,127円		円
	胸部×線検査 (デジタル撮影)		件	1,710円		円
	胸部×線検査 (アナログ撮影)	免 除	件	1,727円		円
	胸部×線検査 (デジタル撮影)		件	2,310円		円
	合 計 金 額		件			円

大 腸 が ん 検 診	徴 収	件	588円		円
	免 除	件	1,188円		円
	合 計 金 額	件			円

※提出期限は、翌月20日（当日が土日祝日の場合は前開庁日）必着です。

肺がん検診・大腸がん検診完了報告書

医療機関番号				
0				

藤 沢 市 長

2026年 7 月 1 日

所 在 地 藤沢市朝日町 1 - 1

医療機関 名 称 朝日町病院

氏 名 院長 朝日太郎

6 月に実施した肺がん検診・大腸がん検診について、次のとおり報告します。

区 分		負担金	件 数	単 価	金 額
肺 が ん 検 診	胸部×線検査 (アナログ撮影)	徴 収	件	1,127円	円
	胸部×線検査 (デジタル撮影)		5 件	1,710円	8,550 円
	胸部×線検査 (アナログ撮影)	免 除	1 件	1,727円	1,727 円
	胸部×線検査 (デジタル撮影)		1 件	2,310円	2,310 円
	合 計 金 額		7 件		12,587 円

大 腸 が ん 検 診	徴 収	5 件	588円	2,940 円
	免 除	5 件	1,188円	5,940 円
	合 計 金 額	10 件		8,880 円

※提出期限は、翌月20日（当日が土日祝日の場合は前開庁日）必着です。

重要事項

当該検診において取得した個人情報につきま
が個人情報の保護に関する法律他に基づき適
受診勧奨や受診状況の確認等の追跡調査、な

1枚目を市へご提出いただき、
3枚目は受診者へお渡しください

肺 大腸

☒ ①	微 収	☒ ①	微 収
☐ ②	70 歳以上	☐ ②	70 歳以上
☐ ③		☐ ③	腫が い

肺・大腸ごとに該当する番号のいずれかにレ印を付けてください。

受診者番号 (左側で記入)	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	☒ ①健康診査と同時実施	☐ ②単独実施
フリガナ	フジサワ タロウ									男		住所	藤沢市				
氏 名	藤沢 太郎									女		朝日町1234					
生年月日	②大正 ③昭和		●	●	年	●	月	●	日	●	●	歳	電話番号 (自宅・携帯)	0466 (25) 0000			

大腸がん問診

これまでに肺がん検診としてレントゲン検査を受けましたか ☐ ① 1年前に受けた ☐ ② 2年前に受けた ☐ ③ 3年前に受けた ☒ ④ なし または 4年以上前に受けた ☐ ⑤ わからない		これまでに大腸がん検診として検便検査を受けましたか ☐ ① 1年前に受けた ☒ ② 2年前に受けた ☐ ③ 3年前に受けた ☐ ④ なし または 4年以上前に受けた ☐ ⑤ わからない	
これまでに胸部 CT 検査を受けたことがありますか ☐ 1年前に受けた ☐ 2年前に受けた ☐ 3年前に受けた ☒ なし または 4年以上前に受けた ☐ わからない		これまでに大腸内視鏡検査を受けたことがありますか ☐ 1年前に受けた ☐ 2年前に受けた ☐ 3年前に受けた ☒ なし または 4年以上前に受けた ☐ わからない	
次の症状がありますか ☐ せきがでる ☐ たんがでる ☒ 息切れが ☐ 最近やせた ☐ その他 ()		次の症状がありますか ☐ はい ☐ ととき ☒ いいえ	
喫煙歴はありますか (過去に喫煙歴がある方も含む) ☒ いいえ ☐ はい (☐ ① 現在 ☐ ② 過去) (「はい」の方) 1日 _____ 本 × _____ 年間 = 指数 _____		☐ はい ☐ ととき ☒ いいえ ☐ はい ☐ ととき ☒ いいえ ☐ はい ☒ ととき ☐ いいえ	
現在喫煙中の方、禁煙を考えていますか ☐ ① はい ☐ ② いいえ 6か月以内に血痰がありましたか ☒ いいえ ☐ はい (女性の方) 妊娠の可能性はありますか ☐ いいえ ☐ はい		便が出きらない感じがする ☐ はい ☐ ととき ☒ いいえ 下痢が続く ☐ はい ☐ ととき ☒ いいえ	
有害物質を取り扱う職業に就いたことがありますか ☒ いいえ ☐ はい (☐ 石綿 ☐ 粉じん ☐ その他 () 従事期間 _____ 年間)		便秘がひどくなる ☒ はい ☐ ととき ☐ いいえ お腹が張る ☐ はい ☐ ととき ☒ いいえ	
(肺がん・大腸がん共通) あなた及びあなたの家族 (血族) で、がんになった方はいますか (「はい」の方) ☐ 本人 ☐ 父 ☐ 母 ☐ 祖父 ☐ 祖母 ☐ 兄弟姉妹		☒ いいえ ☐ はい がんの部位 ()	

大腸がん医師判定

総合判定	☒ ① 精検不要	☐ ② 要精検	☐ ③ 判定不能
所見			
読影判定	☒ ① B	☐ ② C	☐ ③ D
C R 処理	☐ ① 有	☐ ② 無	
偶発症の有無	☐ ① 無 ☐ ② 検診中または検診後に重篤な偶発症あり (死) ☐ ③ 検診中または検診後に重篤な偶発症があり、そのうち偶発症による死にあり		
検診実施年月日	20	26	年
医療機関名	朝日町病院		
所在地	朝日町1-1		
医師名	院長 朝日 太郎		

必ず☒してください。

検診実施年月日は必ず記入してください。

医療機関番号は、藤沢市医師会が指定する番号のうち下5桁の番号を記入してください。

便潜血検査判定	1 回目	2 回目
	☐ ② + ☒ ① - ☐ ③ 判定不能	☐ ② + ☒ ① - ☐ ③ 判定不能
総合判定	☒ ① 精検不要 ☐ ② 要精検 ☐ ③ 判定不能	
	☐ ① 便潜血反応 + 問診 ☐ ② 便潜血反応 ☐ ③ 問診	
医療機関番号	0	
電話番号	0466 (50) 0000	

※ここから下については
実施しない場合斜線等を
ひかないでください。