

令和8年度 後期高齢者等健康診査実施要領

～目次～

1	後期高齢者等健康診査の概要	2
2	受診費用（自己負担金）	4
3	市民税非課税世帯の確認	4
4	健診内容	5
5	実施方法	6
6	委託単価・支払い	7
7	完了報告及び健診費用の請求方法	8
8	健診数値からわかること	10
9	その他	10

～資料～

1	単価表	11
2	厚生労働省「特定健康審査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」（一部抜粋）	12
3	後期高齢者等健康診査票の記入要領	13
4	厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）」（一部抜粋）	16
5	後期高齢者等健康診査完了報告書	20
6	後期高齢者等健康診査完了報告書 記入例	21
7	後期高齢者等健康診査の提出及び問い合わせ先	22
8	令和8年度藤沢市成人検診受診券	23
9	令和8年度藤沢市健康診査のご案内	24
10	令和8年度藤沢市後期高齢者等健康診査票	26
11	令和8年度藤沢市後期高齢者等健康診査票（受診者記入見本あり）	27
12	令和8年度藤沢市成人検診指定医療機関一覧	28
13	市民税非課税世帯申告書（検診用）	30
14	非課税申告書提出用表紙	31

1. 後期高齢者等健康診査の概要

(1) 目的

後期高齢者等健康診査は、近年の循環器疾患等の動向を踏まえ、これらの疾患またはその危険因子を早期に発見し、運動や栄養等の生活指導や適切な治療と結びつけることにより、これらの疾患等を予防することを目的としています。

(2) 実施期間

2026年（令和8年）6月1日～10月31日

(3) 実施内容

後期高齢者等健康診査の対象者に対し、本要領に基づき健康診査を実施します。

なお、実施にあたっては、厚生労働省が示す「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4.3版）」（以下「手引き」という）及び「標準的な健診・保健指導プログラム【令和6年度版】」（以下「プログラム」という）の内容に準拠した実施体制、実施基準にて実施するものとします。

(4) 対象者

ア 2026年（令和8年）4月1日時点で藤沢市に住所を有する**神奈川県後期高齢者医療制度**の加入者（後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方）で、次のいずれかに該当する方。

（ア）受診日において満75歳以上の方

（イ）受診日において65歳～74歳までの一定の障がいがあり、神奈川県後期高齢者広域連合から認定を受けている方

※藤沢市内に居住していても、神奈川県後期高齢者医療制度の加入者でなければ対象となりません。

※6月1日から10月31日の健診期間中に75歳に到達する方は、健診を受診する当日に74歳の方はこくほ等特定健康診査、75歳になり後期高齢者健康保険に加入された方は後期高齢者等健康診査となります。

※受診日に年齢を確認していただき、こくほ等特定健康診査又は後期高齢者等健康診査のいずれかの健診を実施してください。

イ 2026年（令和8年）4月1日時点藤沢市に住所を有する75歳以上の方で、次のいずれかに該当する方

（ア）生活保護受給者

（イ）支援決定がされた中国残留邦人

（ウ）いずれの健康保険にも加入していない方

※藤沢市に住所を有する、当該年度内に40歳から74歳になる方で生活保護受給者等の無保険者はこくほ等特定健康診査において健診を実施します。

ウ 対象とならない方

(ア) 4月以降に他の医療保険者の健診をすでに受診した方

(イ) 妊産婦

(ウ) 国内に住所を有していない方

(エ) 病院又は診療所に6ヶ月以上継続して入院している方

(オ) 次の施設に入所している方

- ・障がい者総合支援法による障がい者支援施設
- ・独立行政法人国立重度知的障がい者総合施設のぞみの園の設置する施設
- ・老人福祉法による養護老人ホーム又は特別養護老人ホーム
- ・介護保険法による特定施設又は介護保険施設

(5) 受診回数

同一の対象者が健康診査を受診できる回数は、年度内1回とします。

(6) 受診券の発送時期

ア 対象者へは、5月下旬に水色の封筒で、次の6点が発送されます。

(ア) 「令和8年度藤沢市成人検診受診券」(23ページ)

※右上部分が後期高齢者等健康診査の受診券です。

(イ) 「令和8年度藤沢市健康審査のご案内」(24・25ページ)

(ウ) 「令和8年度藤沢市後期高齢者等健康診査票」(26ページ)

(エ) 「令和8年度藤沢市後期高齢者等健康診査票(受診者記入見本あり)」
(27ページ)

(オ) 「令和8年度藤沢市成人検診指定医療機関一覧」(28ページ)

(カ) 「令和8年度がん検診・肝炎ウイルス検診・成人歯科健康診査のご案内」

イ 受診券について

受診を希望する健診・検診の受診券を切り取って回収してください。未受診の健診、検診がある場合は、他の医療機関で受診する場合がありますので、必ず受診者へ受診券をお返しください。

ウ 受診券等が送られて来ない、あるいは紛失・破損の場合は、対象者であると確認のうえ、随時発行いたしますので、受診者本人から健康づくり課に連絡するようご指導ください(受診者番号の電話での回答はいたしません)。

エ 二重受診の防止のため、受診券を再発行した場合は、受診券に「再発行」と記載されています。市でも受診券の再発行に際し、受診歴の確認を行いますが、システムのデータ反映に3ヶ月程度を要することから、各医療機関におきましても、当該年度内に健診の受診歴がないか確認をお願いいたします。

2. 受診費用（自己負担金）

対象者	自己負担金	確認方法
		《備考》
後期高齢者医療制度の加入者	無料	マイナンバーカード、資格確認書等の登録内容にて確認
70歳以上の無保険者	無料	運転免許証等
※健診とあわせて診療や薬の処方を行い、自己負担金以外の金額を徴収するときは、必ず受診者への説明を行ってください。 ※健康診査の単価には、初診料・再診料相当分を含んでおりますので、6月から実施のがん検診を健康診査と同時に実施した場合やその他保険診療を行っても、それに伴う初診料・再診料の医療保険上の算定はできませんので、ご注意ください。		
生活保護受給者	免除	市町村が発行する「生活保護受給証明書」 《備考》 証明書を持参せずにやむを得ず、受診される場合は、藤沢市生活援護課（電話50-3572）又は援護を受けている市町村に確認してください。 他市の生活保護受給証明書を持参している場合は、コピーを診査票に添付してください。当該健診と同時に他の検診を受診している場合、健診・検診ごとにそれぞれ写しを添付してください。
住民票同一世帯の方全員が非課税の受診者	免除	次項「3. 市民税非課税世帯の確認」参照
障がい者手帳をお持ちの方 ・身体障がい者手帳に記載された等級が1級から3級までの身体障がい者 ・療育手帳に記載された等級がA1からB1までの知的障がい者 ・精神障がい者保健福祉手帳に記載された等級が1・2級の精神障がい者	免除	身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳 《備考》医療証は等級が確認できないため、適していません。
支援決定がされた中国残留邦人	免除	市町村が発行する「本人確認書」
※費用免除制度は、さかのぼって申請することはできません。必ず受診日当日か、健診結果を取りに来る時に確認してください。		

3. 市民税非課税世帯の確認

（1）開庁日の取扱い

- ア 対象者から市民税非課税世帯である旨の申し出があった場合は、健診の受診日当日に対象者本人が、指定医療機関において「市民税非課税世帯申告書（検診用）（30ページ）」を記入します。
- イ 申告書に基づき、指定医療機関が健康づくり課へ、電話で非課税世帯の対象者に

該当するのかわ確認をしてください。

(2) 閉庁日・閉庁時間中の取扱い

ア 市役所閉庁時は非課税世帯の確認ができないため、事前の予約時に非課税世帯の申し出があった場合は、健康づくり課へ電話連絡するよう受診者に伝えてください。

イ 健康づくり課で予約した医療機関と予約日を伺い、医療機関に非課税情報を伝えてもよいと了解を得られた場合のみ医療機関に伝えます。その場合でも、健診当日に必ず、非課税世帯申告書を受領してください。

※事前の予約時に非課税世帯申告書を受領済みの場合は、医療機関から、健康づくり課へ非課税世帯の確認の連絡をしてください。

注意事項

ア 確認日により課税情報が異なるため、健診受診日当日に確認してください。

※6～7月に受診する場合は、令和7年度の課税状況、8～10月に受診する場合は、令和8年度の課税状況を確認します。

イ 「後期高齢者等健康診査及びがん検診」と「こくほ等特定健康診査」とでは市民税非課税世帯の定義が違うため、「後期高齢者等健康診査及びがん検診」は「検診用」、「こくほ等特定健康診査」は「こくほ等特定健康診査用」の申告書に記入します。

※後期高齢者等健康診査及びがん検診…住民票上同一世帯員全員が非課税者

こくほ等特定健康診査…世帯主及びその世帯の国民健康保険加入者全員が非課税者

＜非課税世帯の記入申告書及び問い合わせ先＞

受診内容	記入する申告書	問い合わせ先
後期高齢者等健康診査 及び がん検診	「検診用」の申告書	健康づくり課 健診・予防接種担当 TEL:0466-21-7344
こくほ等特定健康診査のみ	「こくほ等特定健康診査用」の申告書	
こくほ等特定健康診査 及び がん検診	「こくほ等特定健康診査用」の申告書と「検診用」の申告書	

注) 申告書は健診（検診）ごとに異なりますのでお気を付けください。

4. 健診内容

必須健診項目と詳細な健診項目に分かれています。

(1) 必須健診項目・・・必ず、全ての受診者に実施してください。

○問診項目 既往歴の調査（服薬歴、喫煙状況を調べる等 24項目の質問）

※問診については、厚生労働省が定める「高齢者の特性を踏まえた保健事業ガイドライン第3版」の「（別添）後期高齢者の質問票の解説と留意事項」に基づき実施してください。

参考：「（別添）後期高齢者の質問票の解説と留意事項」

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001331238.pdf>

- | | |
|--------|---|
| ○身体計測 | 身長、体重、BMI、腹囲 |
| ○理学的検査 | 身体診察 |
| ○血圧測定 | |
| ○尿検査 | 尿糖、尿蛋白、尿潜血 |
| ○血液検査 | 総蛋白、HDL コレステロール、LDL コレステロール、中性脂肪※ ¹ 、血清クレアチニン、eGFR、尿酸、AST（GOT）、ALT（GPT）、 γ -GTP、血糖※ ² 、ヘモグロビンA1c |

※¹ やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合（絶食10時間未満）は、随時中性脂肪により脂質検査を実施してください。空腹時か随時、いずれかの数値をご記入ください。

※² やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合（食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満）は、随時血糖及びヘモグロビンA1cを実施してください。その場合は、必ず随時血糖の記入をお願いいたします。

（2）詳細な健診項目・・・全ての受診者を対象に実施するものではありません。

12ページの手引き基準に該当、かつ医師の判断で実施します。

- | | |
|--------|-----------------------------|
| ○貧血検査 | 赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、白血球数、血小板 |
| ○循環器検査 | 心電図検査、眼底検査 |

※詳細な健診項目は、検査が必要な理由の記入が必要です。「対象者基準」とあわせて、必ず「実施理由」の該当するものに○をつけてください。「実施理由」及び「対象者基準」の記入がない場合は報告の対象となりません。12ページの手引きを参照し、適切に実施してください。

5. 実施方法・・・藤沢市こくほ等特定健康診査に準じて実施してください。

（1）必須健診項目は、必ず実施してください。実施していない場合は、報告の対象となりません。

※ただし、生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障がい有している方の尿検査は省略できます。13ページの記入要領を参照してください。

(2) 腹囲の測定方法

- ア 立位、軽呼吸時において、臍の高さで測定してください。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の中点の高さで測定してください。

(3) 血液検査については、空腹時血糖に加え、令和5年度からヘモグロビンA1cが必須項目となりましたので、必ず実施してください。実施しなかった場合は、必須項目を満たしていないという理由で健診費用のお支払いができませんのでご注意ください。

なお、服薬等の事情により空腹時に採血が行えない場合は、随時血糖（食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満）及びヘモグロビンA1cを実施してください。その場合は、必ず随時血糖の記入をお願いいたします。

※いずれの場合でもヘモグロビンA1cは必ず実施すること

ヘモグロビンA1cを実施し忘れた場合は健診費用のお支払いができません。

また、令和6年度から中性脂肪の項目が2種類となっています。空腹時中性脂肪（絶食10時間以上）か随時中性脂肪（絶食10時間未満）かを分けて記入してください。

(4) 「詳細な健診項目」について、いずれも12ページの手引きで定める基準に準じ、受診者の性別・年齢・生活習慣（喫煙）等を踏まえ必要性を判断し、実施する場合は、診査票の「実施理由」及び「対象者基準」の該当する番号に○をつけてください。

- ア 貧血検査 手引きで定める基準に準じ実施してください。
- イ 心電図検査 「当該年度の健診等の結果」をもとにして、手引きで定める基準に準じ実施してください。
- ウ 眼底検査 「当該年度の健診等の結果」をもとにして、手引きで定める基準に準じ実施してください。ただし、当該年度の健診等の結果において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の確認ができない場合、前年度（令和7年度）の健診等の結果において、血糖検査の基準に該当する方を含みます。

※基準に該当せず実施した場合、報告の対象外となりますのでご注意ください。

※「前年度の健診結果」とは、前年度の後期高齢者等健診、特定健診、人間ドック等で実施判断基準（血糖）の結果があるものとします。

- (5) 健診終了後、診査票（受診者用）を受診者に渡し、結果の説明を行ってください。
- (6) 記入方法については、13～15ページの記入要領を参考にしてください。
- (7) 健診の方法については、16～19ページのプログラム抜粋「健診の検査実施方法及び留意事項」を参考にしてください。

6. 委託単価・支払い

委託単価は、11ページのとおりとし、実施した健診項目の積み上げ金額を支払います。

支払いの振込元は、藤沢市医師会になります。口座の変更が生じた場合は、藤沢市医師会に届けてください。

7. 完了報告及び健診費用の請求方法

提出月ごとに、健康診査実施分について提出書類をまとめて、10ページに記載の提出期日までに藤沢市医師会へ提出してください。提出された書類について審査を行った後、完了が確認できたものについて費用を支払います。

(1) 審査について

提出された完了報告書及び診査票について、記入漏れや記載誤り等を確認し疑義が生じた場合には、システムズ・デザイン株式会社から指定医療機関に電話にてご連絡いたします。その場合、「受診日」「受診券番号」及び「診査票右上記載の6桁の通し番号」で照会をいたしますので、ご対応をお願いいたします。（※個人情報の関係により氏名での照会は行いません。）提出された書類に加除修正が必要な場合は、藤沢市医師会から書類をお戻しいたしますので、再提出をお願いいたします。

(2) 提出書類

ア 後期高齢者等健康診査完了報告書

綴る必要はありません。

※21ページ「後期高齢者等健康診査完了報告書 記入例」を参照し、診査票と一緒に提出してください。また、請求は健診実施月ごとに取りまとめて翌月20日までに提出することになっていますが、やむを得ず、月をまたいで請求する場合は、一枚の報告書にまとめて提出してください。（例 6月実施分の結果説明が遅くなったため7月実施分とまとめて請求する、6月に提出したものが返戻されたため修正し7月分とまとめて再提出する、等の場合、実施月を記入する箇所に「6、7月」と記入してください。）

※令和4年度から報告書の押印は不要となりました。

※報告書に記載する医療機関名、氏名は指定医療機関名として事前に提出されているものと合致させてください。

※書き誤りがあった場合は新しい用紙に書き直すか二重線で消し、訂正してください。修正液等は使用しないでください。

※完了報告書及び健康診査票については、提出前に写しを取っておくなどして必ず控えを実施機関で保管してください。

また、提出された完了報告書に不備がある場合はシステムズ・デザイン株式会社もしくは藤沢市医師会から内容の照会をする場合があります。

イ 市民税非課税世帯申告書（30ページ）

該当者がいた場合、月まとめにし、表紙をつけて診査票とは別に提出してください。

ウ 受診券

健康診査票と同じ順番に綴り、バラバラにならないように束ねて、健康診査票と同じ月に提出してください。

エ 後期高齢者等健康診査診査票（４枚複写のうち、１、２枚目）

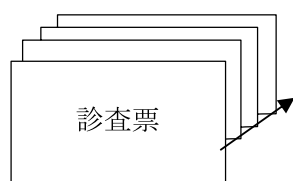
① 診査票を（ア）「後期高齢者医療制度の加入者」、（イ）「生活保護受給者、およびいずれの健康保険にも加入していない方」に分別し、それぞれ請求金額が小さい順に並び替えてください。

② ①で並び替えた診査票を（ア）、（イ）の順番で、まとめて綴ってください。

※１００件以上ある場合は、１００件毎に綴ってください。

<診査票の並び替えの例>

①



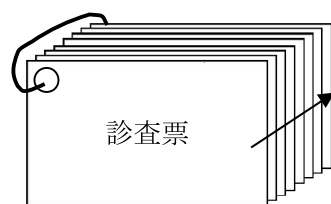
（ア）後期高齢者医療
制度の加入者



（イ）生活保護受給者
およびいずれの健康保険にも加入していない方

それぞれ請求金額が小さい順に並び替える

②

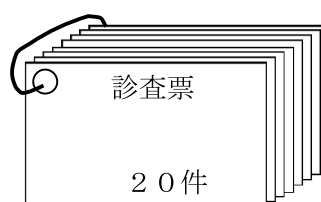
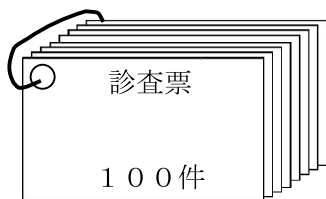


①で並び替えた診査票を
（ア）、（イ）の順番でまとめて綴る

（ア）後期高齢者医療制度の加入者
（請求金額が小さい順）

（イ）生活保護受給者
およびいずれの健康保険にも加入していない方
（請求金額が小さい順）

例）提出件数が１２０件のとき（１００件と２０件に分ける）



～診査票を別途独自で印刷して、ご提出いただいている医療機関の皆様へお願い～

診査票の点検審査における誤りを防止するため、診査票の様式（欄や文字の部分）と、健診結果として医療機関が記入する文字は、フォントを変えるか、色を変えてください。

例：様式は明朝体、健診結果はゴシック体

様式は黒色、健診結果は青色 など

※診査票右上に６桁の通し番号が記載されていますので、そちらも必ず印字をお願いいたします。

(3) 提出期日

次の表に従って提出してください。件数の多少に関わらず、月に1回のみ、実施月の翌月20日が締め切り日です。20日が土日祝日の場合は直前の開館日が期限となりますのでご注意ください。

実施月	提出〆切
6月実施分	7 / 17 (金)
7月実施分	8 / 20 (木)
8月実施分	9 / 18 (金)
9月実施分	10 / 20 (火)
10月実施分	11 / 20 (金)
結果整理 (再提出)	12 / 18 (金)

ア 最終提出日は、健診実施、請求期間等に変更がない場合、11月20日(金)とします。ただし、10月実施分(最終月)を提出し、内容に不備があり再提出を求められた場合のみ、結果整理として再提出用の締め切りを設けています。再提出の締め切りは12月18日(金)です。

イ 郵送で提出する場合は、個人情報のため、必ず「簡易書留」または「特定記録」で、提出期限までに藤沢市医師会に届くようお願いいたします。

※提出先については、22ページの「後期高齢者等健康診査の提出及び問い合わせ先」参照。

8. 健診数値からわかること

各項目の基準値(参考値)を「令和8年度藤沢市健康診査のご案内(24ページ)」に記載しています。

平成25年度までは、特定健診の値と同じにせず、後期高齢者に見合った数値として、治療域の境界となる数値を参考としてあげていましたが、平成26年度から特定健診と統一しています。内容については、別冊のとおりとなります。ただし、医療機関で配布しているものがあり、数値が異なる場合には、健診結果説明時に、受診者に説明してください。

9. その他

この実施要領に定めのないものは、健康増進法、高齢者の医療の確保に関する法律及び関連政省令・告示等に基づき、協議して定めるものとします。

以 上

令和8年度 後期高齢者等健康診査 単価表

(税込み)

(1) 健診費用

健 診 項 目		単価(円)
必須 健 診 項 目	問診・身体測定・BMI・腹囲・血圧測定・理学的所見・診察 (初診料・再診料・外来管理加算)	10,505
	尿糖	
	尿蛋白	
	尿潜血	
	血液化学検査	
	総蛋白	
	HDLコレステロール	
	LDLコレステロール	
	中性脂肪	
	血清クレアチニン	
	尿酸	
	AST(GOT)	
	ALT(GPT)	
	γ-GT(γ-GTP)	
	空腹時血糖	
	生化学的検査判断料	
	血液採血料	
	ヘモグロビンA1c	
	血液学的検査判断料	
	総合判定料	
健診 詳細な 項目	貧血検査 (赤血球数・血色素量・ヘマクトリット値・白血球数・血小板)	231
	心電図検査	1,430
	眼底検査	616
訪問診査		7,920

(2) その他費用

項 目	単価(円)
精度管理等業務	576

1. 診査票の「請求金額」には、実施した健診項目の積み上げ金額を記入してください。
2. 委託単価に初診料と再診料がすでに算定されていますが、健診当日または健診結果説明日に治療を行った場合のレセプト請求方法は、請求先の医療保険者に確認してください。
3. 消費税及び地方消費税額については、健診を実施した時期の税率を適用します。

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」より（一部抜粋）

詳細な健診の項目

医師の判断により受診しなければならない項目（詳細な健診の項目）は、貧血検査・心電図検査・眼底検査・血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）の4項目となる。実施する場合は、医師は当該項目を実施する理由を保険者に明らかにしなければならないことから、健診結果データにその理由を明記し、判断した医師名を付記の上でデータを送付する。また、受診者に対して実施時に十分な説明を行う。

詳細な健診の実施基準は次表のとおりである。受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する。基準に該当するというだけではなく、判断理由を明記する。

図表2：詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目：告示で規定）

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
貧血検査（ヘマトクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査（12誘導心電図） ^{注1）}	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg又は問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査 ^{注2）}	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP値）が 6.5%以上又は随時血糖値が 126 mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果の確認ができない場合、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。	血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP値）が 6.5%以上又は随時血糖値が 126 mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c（NGSP値）が 6.5%以上又は随時血糖値が 126 mg/dl 以上				
血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP値）が 5.6%以上又は随時血糖値が 100 mg/dl 以上</td></tr> </table>	血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP値）が 5.6%以上又は随時血糖値が 100 mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上				
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c（NGSP値）が 5.6%以上又は随時血糖値が 100 mg/dl 以上				

注1) 心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

注2) 眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

後期高齢者等健康診査票の記入要領

1. 健康診査番号

受診券に記載の「健康診査番号」が正しく記載されているか確認してください。

2. 問診項目

記入漏れがないか確認してください。薬剤治療及び既往歴、喫煙歴（問診項目 1～7、19）の有無は必須項目になりますので、必ず記入してください。

3. 必須健診項目

- (1) 全て記入し、記入漏れがないようにしてください。全て実施しない場合は、健診費用を支払えません。また、身長・体重・腹囲について寝たきり等の理由で測定ができない場合には、その理由を余白に記入いただくようお願いいたします。
- (2) 検査結果を記入の際は、単位を確認のうえ、記入してください。
- (3) 尿検査は、原則、受診者全員に実施しますが、尿検査ができなかった場合は、問診項目 14 に未実施の理由を選択（記載）してください。
- (4) 中性脂肪については、令和 6 年度から 2 種類の項目に分かれています。空腹時中性脂肪（絶食 10 時間以上）か随時中性脂肪（絶食 10 時間未満）か、を分けて記入してください。
- (5) 血糖検査について
空腹時血糖検査とヘモグロビン A1c どちらも実施してください。
空腹時血糖が実施できない場合には随時血糖（食事開始時から 3. 5 時間以上絶食 10 時間未満）の記入をお願いします。
- (6) 血液検査について
受診者本人が血液検査等を希望しない場合は、市の検診として受診できません。
- (7) 「既往歴」、「現病歴」、「自覚症状」、「他覚症状」に該当がある場合は、別紙「診査票記入用別表一覧」のコードを記入してください。また、3 つ以上ある場合は医師の判断において、配慮すべき事項かどうかを考慮したうえで症状が重いものを優先してください。

4. 詳細な健診項目

- (1) 貧血検査（赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値、白血球数、血小板※）は、健診医の判断によって実施してください。また、実施した場合は、必ず（実施理由）欄の、該当する番号を○で囲ってください。

※血小板については、検出不可の場合、貧血検査項目 31 「血小板」の枠内、血小板という文字の隣にその旨を記載してください。

詳細な健診項目	27	赤血球数					万/mm ³	（実施理由） ① 貧血が疑われる ② 貧血の既往症を有する 備考 備考欄への記入は不要です。
	28	血色素量					g/dl	
	29	ヘマトクリット値					%	
	30	白血球数					/mm ³	
	31	血小板					万/mm ³	
	32	心電図						

ここに「検出不可」と記入

- (2) 心電図検査及び眼底検査については、12ページの厚労省手引き図表2の判断基準を満たしたうえで、医師が必要と判断した場合に実施してください。実施した場合は、対象者基準欄及び実施理由の該当する番号を○で囲ってください。また、心電図所見がある場合は、15ページ別紙「診査票記入用別表一覧」の別表4のコードを記入してください。基準に該当せず、請求がされている場合、その部分の支払はできませんのでご注意ください。

5. 疾病分類

該当する項目の数字を○で囲ってください。

6. 健診結果を踏まえた医師の判定

健診結果を総合的に判断して、「1：異常ありません」、「2：要指導」、「3：要観察」、「4：要医療・治療中」の4分類から、必ず1つを選んで○で囲ってください。また、特記事項があれば記入してください。

7. 健診実施医療機関

- (1) 健診実施機関の名称、所在地、電話番号は、4枚複写の診査票の全てに記載してください。

【令和8年度より、健診結果入力システムの標準化の影響から、記入していただく医療機関番号が2種類に分かれましたのでご注意ください】

- (2) 受診者が後期高齢者医療制度の加入者の場合は、「社保支払基金番号(後期)」に、社会保険診療報酬支払基金のコード番号の下5桁を記入してください。変更になった際はご連絡ください。(年度内は変更前の番号を使用してください。)
- (3) 受診者が生活保護受給者、およびいずれの健康保険にも加入していない方の場合は、「医療機関番号(生活保護等)」に藤沢市医師会が指定する6桁の番号をご記入ください(がん検診で記入する番号と同じです)。医療機関番号については、「令和8年度 成人検診指定医療機関一覧」をご確認ください。

8. 受診者種別

該当する番号を○で囲ってください。

9. 訪問診査

往診をして実施した場合に、「有」を○で囲ってください。訪問時に、看護師も同行した場合には、「看護師の帯同」欄の「有」を○で囲ってください。

10. 請求金額

実施した必須健診項目・追加・詳細な健診項目に○を付け、積み上げ額(税込み)を記載してください。

- ※ 書き間違えた場合は、二重線で消し、空いているスペースに書き直してください。その際、全部の診査票に写っていることを確認してください。
訂正印は必要ありません。

藤沢市後期高齢者等健診 診査票記入用 別表一覧

健診結果の「既往歴」、「現病歴」、「自覚症状」、「他覚症状」、「心電図検査」のいずれかに、数字の記載がある場合には、この表をご参照ください。

別表1 既往歴・現病歴（疾病コード）

コード	疾 病
01	肥満（BMI25.0以上）
02	高血圧
03	貧血
04	肝疾患
05	糖尿病（境界型を含む）
06	虚血性心疾患
07	その他の心疾患
08	腎疾患
09	高脂血症（脂質異常症）
10	呼吸器疾患
11	高尿酸血症
12	甲状腺疾患
13	脳血管疾患
14	消化器疾患
15	アルコール性肝疾患
16	その他の疾患

別表2 自覚症状（所見コード）

コード	所 見
01	動悸・息切れ
02	胸痛・胸部不快
03	頭痛・肩こり
04	一過性の意識喪失
05	めまい・耳鳴り
06	手足のしびれ・舌のもつれ
07	手足の不自由感
08	全身倦怠感
09	口渇多飲
10	体重減少
11	むくみ
12	喀痰・咳嗽
13	その他

別表3 他覚症状（所見コード）

コード	所 見
01	貧血
02	くも状血管腫・手掌紅班
03	振せん（指・唇・舌）
04	心音異常・心雑音
05	不整脈
06	呼吸音異常
07	肝腫大
08	浮腫・眼瞼
09	浮腫・下肢
10	四肢の動脈硬化
11	その他

別表4 心電図（所見コード）

コード	所 見
1	Q・QS異常
2	軸偏位
3	R波増高
4	ST下降
5	T異常
6	房室伝導異常
7	心室内伝導異常
8	不整脈
9	その他

健診の検査実施方法及び留意事項

健診の検査実施方法について下記のとおりとすることが望ましい。

第一 特定健康診査

1 特定健康診査を受診する者に対する事前の通知について

特定健康診査の受診者に対し、特定健康診査を実施する前に、次の(1)及び(2)について通知しておくこと。

(1) 特定健康診査の意義

特定健康診査は、自分自身の健康状態を認識できる機会であることや、日頃の生活習慣が特定健康診査の結果に表れてくるものであるということ。

(2) 検査前の食事の摂取、運動について

ア アルコールの摂取や激しい運動は、特定健康診査の前日は控えること。

イ 午前中に特定健康診査を実施する場合は、空腹時血糖、空腹時中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、特定健康診査前 10 時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。

ウ 午後に特定健康診査を実施する場合は、ヘモグロビン A1c 検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、特定健康診査まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。

エ やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合には、食後 3.5 時間以降に採血を行うこと。

2 特定健康診査の実施方法及び判定基準について

(1) 既往歴の調査

高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。

(2) 腹囲の検査

ア 立位、軽呼気時において、臍（へそ）の高さで測定すること。

イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定すること。

ウ より詳細については、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所のホームページ（※1）において示されているので、これらを参考とすること。

※1 <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/kokucho.html>

(3) 血圧の測定

- ア 測定回数は、原則 2 回とし、その 2 回の測定値の平均値を用いること。ただし、実施状況に応じて、1 回の測定についても可とする。
- イ その他、測定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第 7 版」（一般社団法人日本循環器病予防学会編。以下同じ。）等）が示されているので、これを参考とすること。

(4) 血中脂質検査及び肝機能検査

- ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いること。
- イ 採血後、原則として早急に遠心分離し、24 時間以内に測定するのが望ましい。なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵又は室温で保存し、12 時間以内に遠心分離すること。
- ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定すること。
- エ 血中脂質検査の測定方法については、トレーサビリティ（検査測定値について、測定の基準となる標準物質に合わせられることをいう。以下同じ。）のとれた可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。なお、LDL コレステロールの値は、中性脂肪の値が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合を除き、フリードワルド式を用いて算出することができ、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、Non-HDL コレステロールの値を用いて評価することができる。ただし、LDL コレステロールの直接測定法も可。LDL コレステロール（フリードワルド式）及び Non-HDL コレステロールの値は、次式により算出する。
 - ① LDL コレステロール（フリードワルド式）(mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDL コレステロール (mg/dl) - 空腹時中性脂肪 (mg/dl) / 5
 - ② Non-HDL コレステロール (mg/dl) = 総コレステロール (mg/dl) - HDL コレステロール (mg/dl)
- オ 空腹時中性脂肪であることを明らかにすること。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。なお、空腹時とは、絶食 10 時間以上とする。
- カ 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及び ALT (GPT) 検査については、トレーサビリティのとれた紫外吸光光度法等によるとともに、γ-GT (γ-GTP) 検査については、トレーサビリティのとれた可視吸光光度法等によること。

(5) 血糖検査

- 次のア又はイのいずれかの方法により行うこと。
- ア 血中グルコースの量の検査
 - ① 空腹時血糖であることを明らかにすること。なお、10 時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とすること。やむを得ず空腹時以外において採血を行い、ヘモグロビン A1c を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行うことができる。なお、食直後とは、食事開始時から 3.5 時間未満とする。

- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いること。
 - ③ 採血後、採血管内を5～6回静かに転倒・混和すること。
 - ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から12時間以内に遠心分離し測定すること。
 - ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定すること。
 - ⑥ 測定方法については、トレーサビリティのとれた電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。
- イ ヘモグロビンA1c検査
- ① フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。
 - ② 採血後、採血管を5～6回静かに転倒・混和すること。
 - ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管すること。
 - ④ 採血後、48時間以内に測定すること。
 - ⑤ 測定方法については、トレーサビリティのとれた免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等によること。

(6) 尿中の糖及び蛋白の検査

- ア 原則として、中間尿を採尿すること。
- イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内に測定すること。
- ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(7) 貧血検査

- ア エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。
- イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かすこと。
- ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定すること。

(8) 心電図検査

- ア 安静時の標準12誘導心電図を記録すること。
- イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(9) 眼底検査

- ア 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施すること。
- イ 高血糖者に対しては、原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見

の判定がより重症な側の所見を記載すること。

ウ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手引書（「循環器病予防ハンドブック第7版」等）が示されているので、これを参考とすること。

(10) 血清クレアチニン検査

ア 血清クレアチニン検査については、可視吸光光度法（酵素法）等によること。

イ e G F Rにより腎機能を評価すること。

ウ e G F Rは、次式により算出する。

$$\text{男性：e G F R (ml/分/1.73 m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287}$$

$$\text{女性：e G F R (ml/分/1.73 m}^2\text{)} = 194 \times \text{血清クレアチニン値}^{-1.094} \times \text{年齢}^{-0.287} \times 0.739$$

(11) その他

ア 現在の生活習慣、過去の健康診査の受診状況、家族歴等について、必要に応じて質問票等により聴取すること。

イ 労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）その他の法令に基づき行われる健康診断において、特定健康診査に相当する項目を実施したことを保険者が確認した場合は、第一の2の(1)から(10)までに掲げる実施方法と異なるものであっても、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとする。

※詳細は通知「令和6年度以降における特定健康診査及び特定保健指導の実施並びに健診実施機関等により作成された記録の取扱いについて」（令和5年3月31日健発0331第4号・保発0331第6号、令和5年7月31日健発0731第3号・保発0731第5号一部改正厚生労働省健康局長・保険局長通知）参照のこと。

後期高齢者等健康診査 完了報告書

医療機関番号(社保診療報酬支払基金コード)

1 4 1 2 2

年 月 日

公益社団法人藤沢市医師会
会長 石原 宏尚 様

所在地

医療機関 名称

氏 名

____月実施した後期高齢者等健康診査について、次のとおり報告します。

実施項目	単価(円) 税込み	後期高齢者	生活保護者	無保険者	計	小 計(円)
必須健診項目	10,505				件	円
貧血検査	231				件	円
心電図検査	1,430				件	円
眼底検査	616				件	円
訪問診査	7,920				件	円
請求金額合計(税込み)						円

後期高齢者等健康診査 完了報告書

医療機関番号(社保診療報酬支払基金コード)

1 4 1 2 2

社会保険診療報酬支払基金番号の14122-以下の下5桁を記入してください。

20●●年 ●月 ●日

公益社団法人藤沢市医師会
会長 石原 宏尚 様

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

____月実施した後期高齢者等健康診査について、次のとおり報告します。

実施項目	単価(円) 税込み	後期高齢者	生活保護者	無保険者	計	小 計(円)
必須健診項目	10,505	5	7		12 件	126,060 円
貧血検査	231	2	1		3 件	693 円
心電図検査	1,430	3	2		5 件	7,150 円
眼底検査	616	4	1		5 件	3,080 円
訪問診査	7,920	1	1		2 件	15,840 円
請求金額合計(税込み)						152,823 円

後期高齢者等健康診査の提出及び問い合わせ先

<診査票等一式提出先及び問い合わせ先>

〒251-0032

藤沢市片瀬339-1

藤沢市医師会館

公益社団法人 藤沢市医師会

電話 0466-22-3041（対応時間：平日9：00～17：45）

FAX 0466-27-8799

健診や支払いに関するお問い合わせは
藤沢市医師会へお願いいたします。

<診査票内容についての照会元>

〒220-0004

神奈川県横浜市西区北幸2-6-26 HI横浜ビル7階

システムズ・デザイン株式会社

電話 045-620-7171（対応時間：平日 9：00～12：00、

FAX 045-620-7962 15：00～17：30）

<後期高齢者等健康診査 担当課>

〒251-0022

藤沢市鵠沼2131-1

藤沢市 保健所・南保健センター3階

健康づくり課 健診・予防接種担当 がん検診・健診係

電話 0466-21-7344（対応時間：平日 8：30～17：00）

FAX 0466-28-2280

令和8年度

藤沢市 こくほ等特定 健康診査 受診券
後期高齢者等

健康診査番号

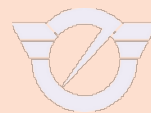
氏 名

生 年 月 日

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

令和8年度 藤沢市肺がん検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

受診券交付日 月 日

希望する検診(健診)の受診券を切り取って
医療機関へ提出してください。

各検診(健診)の詳細は、同封のご案内をご覧ください。

令和8年度 藤沢市成人歯科健康診査受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

令和8年度 藤沢市大腸がん検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

令和8年度 藤沢市胃がん検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年4月1日～令和9年3月31日

いずれかをお選びください

☐胃部X線検査

費用

☐内視鏡検査

費用



令和8年度 藤沢市前立腺がん検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

令和8年度 藤沢市子宮頸がん検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年4月1日～令和9年3月31日



2026

令和8年度 藤沢市胃がんリスク検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

令和8年度 藤沢市乳がん検診受診券

受診者番号

☐マンモグラフィ

方向撮影

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年4月1日～令和9年3月31日



2026

令和8年度 藤沢市肝炎ウイルス検診受診券

受診者番号

氏 名

費 用

実 施 期 間

令和8年6月1日～10月31日



2026

～ 今年の健診結果はいかがでしたか？ ～

検査結果が基準範囲であっても、年々数値が悪化している場合は、注意が必要です。
気になる項目がありましたら、かかりつけ医にご相談ください。

- ◆要指導（ の範囲）・・・かかりつけ医の意見を聞いて、生活習慣の見直しをしましょう。
- ◆要受診（ の範囲）・・・かかりつけ医の診察を受けるか、受診しましょう。

検査項目			単位	基準範囲	要指導	要受診	検査でわかること
肥満	腹 囲	男性	cm	84.9 以下	85 以上		内臓脂肪蓄積のリスクを調べます。
		女性		89.9 以下	90 以上		
	BMI		kg/m ²	18.5～24.9	18.4以下(低体重) 25.0 以上(肥満)		体重が適正であるか判定します。 BMI= 体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) BMI 18.4 以下はフレイルのリスクが高まります。
高血圧症	血 圧	収縮期	mmHg	129 以下	130 以上	140 以上	心臓から送り出される血液が血管へ与える圧力を測定しています。血圧が高いと動脈硬化が進行し、脳卒中や心臓病、腎臓病の危険性が高まります。
		拡張期		84 以下	85 以上	90 以上	
糖尿病	空腹時血糖		mg/dL	99 以下	100 以上	126 以上	血液中のブドウ糖をみることで、糖尿病の発現に役立ちます。
	ヘモグロビンA1c HbA1c		%	5.5 以下	5.6 以上	6.5 以上	長期間の血糖コントロールの目安となり、糖尿病検査として重要です。
	尿 糖		(参考値)	陰性 (－)	弱陽性 (土) 以上		糖尿病で血糖値が異常に高い状態が続くと尿に糖が出ます。糖尿病発見の手掛かりになります。
脂質異常症	中性脂肪 (空腹時・随時)	空腹時	mg/dL	149 以下	150 以上	300 以上	増えすぎると肥満や脂肪肝の原因となります。中性脂肪が増えるとHDL コレステロールが減少します。
		随時		174 以下	175 以上		
	HDL コレステロール		mg/dL	40 以上	39 以下		低値になると、動脈硬化や心臓病になる危険性が高まります。
	LDL コレステロール		mg/dL	119 以下	120 以上	140 以上	増えすぎると、血管壁にたまり、動脈硬化を進行させます。
肝臓	AST (GOT)		U/L	30 以下	31 以上	51 以上	これらは、トランスアミナーゼといわれる酵素で、とくに肝臓の異常発現に大きな威力を発揮します。また、AST と ALT を比較することで肝機能だけでなく、心臓の異常なども調べることができます。
	ALT (GPT)		U/L	30 以下	31 以上	51 以上	
	ガンマ-GT (γ-GTP)		U/L	50 以下	51 以上	101 以上	主に肝臓や腎臓、すい臓などに含まれる酵素で、特にアルコール性の肝機能障害があると増加します。
	総蛋白		g/dL	6.5～7.9	6.2～6.4 8.0～8.3	6.1 以下 8.4 以上	たんぱく質の合成にかかわる肝臓や排泄にかかわる腎臓の疾患で値が変動します。
腎臓	血清クレアチニン	男性	mg/dL	1.00 以下	1.01～1.29	1.30 以上	腎臓での老廃物の排泄機能が低下すると数値が高くなります。
		女性		0.70 以下	0.71～0.99	1.00 以上	
	尿蛋白		(参考値)	陰性 (－)	弱陽性 (土)	陽性 (+) 以上	腎臓の病気を見つける手掛かりになります。
	eGFR		ml/min/1.73m ²	60 以上	60 未満	45 未満	血清クレアチニン値から計算式で求められます。腎機能の低下を発見する手がかりとなります。
	尿潜血			陰性 (－)	弱陽性 (土) ～	陽性 (+) ～	腎臓や尿路のどこかに出血源があるのかの手掛かりになります。
尿 酸			mg/dL	2.1～7.0	2.0 以下/7.1～8.9	9.0 以上	数値が高い状態が続くと、痛風を引き起こしやすくなります。

(厚生労働省 標準的な健診・保健指導プログラムより)

- 詳細な健診項目として、医師の判断によって「心電図検査」「眼底検査」「貧血検査」が実施される場合があります。
- ※個々の身体状況によって数値の結果は異なりますので、かかりつけ医や健康診断を受けた医療機関の結果とあわせてご覧ください。

「健診結果」のここに注目

□ やせ、低栄養予防のために



高齢期の目標とする BMI は「21.5～24.9」です。やせはフレイルのリスクが高まるため、特に注意が必要です。BMI の数値を確認しましょう。

□ 血圧の管理のために



高血圧は心臓病や脳卒中などの重大な病気につながりやすいため、血圧の管理をしっかりとしましょう。

□ 糖尿病の重症化・合併症予防のために



糖尿病の怖いところは、さまざまな合併症につながりやすいため、血糖をコントロールすることが大切です。「空腹時血糖」「HbA1c」「尿糖」「尿蛋白」の数値を確認しましょう。

□ 肺の健康について



COPD(慢性閉塞性肺疾患)の原因の90%以上は喫煙と言われています。息切れや風邪以外でせきやたんが続く場合は、COPDの症状かもしれません。気になる症状があれば、早めに受診しましょう。

令和8年度 藤沢市

健康診査のご案内

実施期間 ※休診日は除きます。

令和8年

令和8年

6月1日～10月31日

対 象 者

- ① 藤沢市民で神奈川県後期高齢者医療制度の加入者（被保険者）
- ② 40歳以上の藤沢市民でいずれかに該当する方

- ◆生活保護利用者
- ◆支援給付の決定された中国残留邦人
- ◆いずれの健康保険にも加入されていない方

ただし、次のいずれかに該当する方は受診できません。

1. 国内に住所を有しない方
2. 病院または診療所に6カ月以上継続して入院している方
3. 次の施設に入所している方（下記施設の入所者は施設基準等において、健康管理が図られているため対象外としています。）
 - ・障がい者総合支援法による障がい者支援施設
 - ・独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する施設
 - ・老人福祉法による養護老人ホームまたは特別養護老人ホーム
 - ・介護保険法による特定施設または介護保険施設

費 用

無料 ※いずれの健康保険にも加入されていない方は、費用が有料になる場合があります。

実施医療機関

同封の「令和8年度藤沢市成人検診指定医療機関一覧」をご覧ください。

必要なもの

- ① 藤沢市後期高齢者等健康診査又は藤沢市こくほ等特定健康診査の受診券
- ② 令和8年度藤沢市後期高齢者等健康診査票又は藤沢市こくほ等特定健康診査票
- ③ 資格確認書等の本人確認書類
(生活保護利用者の方は、生活保護受給証明書)

検査の内容

- ① 必須健診項目 すべての方が対象となります。

問診、身体測定、診察、血圧測定、血液検査、尿検査
いずれか1つの項目でも希望しない場合は受診できません。

- ② 詳細な健診項目 一定の基準のもと医師が必要と診断した場合に実施します。

心電図、眼底検査、貧血検査

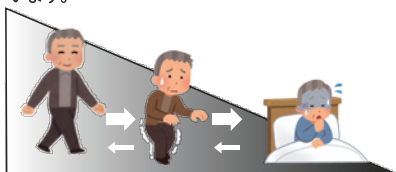
※眼底検査については、前年度の健診結果(空腹時血糖またはヘモグロビンA1c(HbA1c))が必要となる場合があります。受診の際、お持ちください。

藤沢市 健康づくり課 ☎0466(21)7344

定期的にフレイルチェック！

フレイルとは？

フレイルとは、加齢にともない心身の活力（筋力、認知機能、社会とのつながりなど）が低下した状態をいいます。「健康」と「要介護状態」の中間の段階で、放っておくと要介護状態になる危険が高いといわれています。



健康 → フレイル → 要介護状態

フレイルは早い時期に生活習慣を見直すことで、健康な状態に引き返すことが可能です！

フレイル予防の3つのポイント

～日常生活を見直しましょう！～

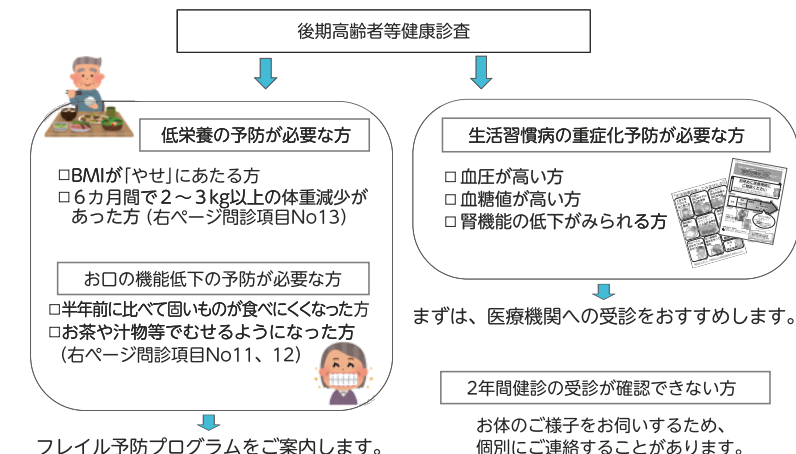
- ◆1日3食 主食・主菜・副菜をそろえましょう
- ◆たんばく質をしっかりととりましょう
- ◆「健口体操」などで口をよく動かし機能を保ちましょう
- ◆しっかり噛めるように定期的に歯科健診・歯科受診をしましょう

- ◆活動量の目標 65歳以上1日 40分以上
- ◆日常生活の中で、からだを動かしましょう
- ◆転倒予防のために足腰の筋力トレーニングをしましょう

- ◆外出する機会を増やし、人や社会とのつながりを持ちましょう

後期高齢者の保健事業

後期高齢者等健康診査の結果をもとに、75歳以上の方を対象とした生活習慣病の重症化予防や低栄養などのフレイル予防のための保健指導を行っています。対象の方には個別に連絡します。



～ 75歳以上の方へ 問診項目でフレイルチェックをしましょう ～

ご自身の現在のフレイルの状態をチェックすることができますので、問診項目を定期的にチェックして、健康管理にお役立てください。

番号	問診項目	該当するものに○印をしてください	類型	フレイル予防に向けての取り組み
8	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	①よい ②まあよい ③ふつう ④あまりよくない ⑤よくない	健康状態	「あまりよくない」「よくない」状態が慢性的に続いている場合は、かかりつけ医などに相談しましょう。急な健康状態の悪化の場合、日常生活に支障が出ている場合は、早めに医療機関を受診しましょう。
9	毎日の生活に満足していますか。	①満足 ②やや満足 ③やや不満 ④不満	心の健康状態	毎日の生活を楽めていますか？ ゆうつな気分が続いて日常生活に支障が出ている場合は、うつ病の可能性もあります。かかりつけ医などに相談してください。
10	1日3食きちんと食べていますか。	①はい ②いいえ	食習慣	欠食があったり食事内容に偏りがあったりすると、栄養不足になりがちです。たんばく質を多く含む肉や魚などを意識してとるなど、栄養バランスのよい食事を1日3食、食べるようにしましょう。
11	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ	口腔機能	かむ力、飲み込む力などの口腔機能の低下（オーラルフレイル）は、フレイル、要介護のリスクにつながります。お口のケア、お口の体操を心がけましょう。お口の健康を保つため、定期的に歯科受診、歯科健診を受けましょう。
12	お茶や汁物等でむせることがありますか。	①はい ②いいえ	体重変化	高齢期は肥満よりもやせすぎに注意が必要です。定期的に体重を測り体重が減っていないかを確認し、低栄養を予防しましょう。
13	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	①はい ②いいえ	運動・転倒	歩く速さが衰えたり、日常生活に支障がある場合は、フレイル、要介護状態になりやすくなります。転倒による骨折は、要介護状態を招く主な原因です。運動習慣があることがフレイル予防につながります。体操やウォーキングなど、週1回以上の運動習慣をつくりましょう。
14	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	①はい ②いいえ	認知機能	日常生活に支障がでるほど認知機能が衰えた状態が認知症です。認知症になる前の段階のうちに気づいて対処することで、認知症の改善や発症を遅らせることが期待できます。運動や社会参加は、認知症予防に効果的です。できることから始めましょう。認知機能に不安がある方は、かかりつけ医や保健所の「もの忘れ相談」などに相談しましょう。
15	この1年間に転んだことがありますか。	①はい ②いいえ	喫煙	喫煙はCOPD（慢性閉塞性肺疾患）、肺がん、糖尿病等さまざまな病気の原因になります。何歳からでも禁煙の効果はあります。息切れ、咳や痰などの自覚症状がある方は、医療機関の受診をお勧めします。
16	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	①はい ②いいえ	社会参加	外出の機会が減ると心身の機能が低下しやすく、フレイルになる危険が高まります。できるだけ1日1回以上外出し、積極的に社会参加しましょう。
17	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがありますか。	①はい ②いいえ	サポートセンター	身近に相談できる人がいると、悩みを相談できたり助けを得られたりすることから、心身の健康を守りやすくなります。心身の不調や不安がある方は、いきいきサポートセンターなどに相談しましょう。
18	今日が何月何日かわからない時がありますか。	①はい ②いいえ		
19	あなたはたばこを吸いますか。 (加熱式たばこや電子たばこを含む)	①吸っている ②吸っていない ③やめた		
21	週に1回以上は外出していますか。	①はい ②いいえ		
22	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	①はい ②いいえ		
23	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	①はい ②いいえ		

藤沢市後期高齢者等健康診査票一部抜粋（後期高齢者の質問票）

フレイルを予防して健康寿命を延ばしましょう！

フレイルについてご心配のある方は、お近くのいきいきサポートセンターまでご相談を。

藤沢市後期高齢者等健康診査票 記入見本

健康診査番号 同封した「受診券」に記載してある「健康診査番号」を記入してください。

太枠内に記入してください。
また、診査票は4枚の複写になっているため、
ボールペンではっきりと、強く記入してください。

健診受診日は、記入しないでください。
医療機関が記入します。

(健康づくり課用) 1/4

令和8年度 藤沢市後期高齢者等健康診査票

別紙の記入見本をよくお読みください。年月日が1桁の場合は、十の位に「0」を記入してください。(例)1月の時→「01」と記入

健康診査番号		健診受診日		月		日	
フリガナ	ケンコウ	タロウ	性別	☒ 男・ ☐ 女	生年	大	昭
氏名	健康	太郎			13	年	06
					月	21	日
							88
							歳
住所	藤沢市 藤沢町1番地の1						電話番号

※太枠内をご記入ください。

問診項目 (受診する前にご記入ください。)		該当するものに○印をしてください。	
服薬 既往 歴	1 血圧を下げる薬を飲んでますか。	☐ はい	☐ いいえ
	2 血糖値を下げる薬を飲んでますか。	☐ はい	☐ いいえ
	3 心臓薬を飲んでますか。	☐ はい	☐ いいえ
	4 医師から慢性的な病気といわれたり、	☐ はい	☐ いいえ
	5 医師から慢性的な病気といわれたり、	☐ はい	☐ いいえ
	6 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	☐ はい	☐ いいえ
	7 医師から貧血といわれたことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
習慣等	8 あなたの現在の健康状態はいかがですか。	☐ ① よい ☐ ② まあよい ☒ ③ ふつう ☐ ④ あまりよくない ☐ ⑤ よくない	
	9 毎日の生活に満足していますか。	☐ ① 満足 ☒ ② やや満足 ☐ ③ やや不満 ☐ ④ 不満	
	10 1日3食きちんと食べていますか。	☐ はい	☐ いいえ
	11 半年前に比べて固いものを噛むのが難しくなりましたか。	☐ はい	☐ いいえ
	12 お茶や汁物等でむくみがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
	13 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	☐ はい	☐ いいえ
	14 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	☐ はい	☐ いいえ
	15 この1年間に転んだことがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
	16 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	☐ はい	☐ いいえ
	17 周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか。	☐ はい	☐ いいえ
	18 今日が何月何日かわからない時がありますか。	☐ はい	☐ いいえ
	19 あなたはタバコを吸いますか。	☐ ① 吸っている ☐ ② 吸っていない ☒ ③ やめた	
	20 あなたはお酒を飲む習慣がありますか。	☐ ① 毎日飲む ☒ ② 時々飲む ☐ ③ ほとんど飲まない(飲めない)	
	21 週に1回以上は外出していますか。	☐ はい	☐ いいえ
	22 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	☐ はい	☐ いいえ
	23 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	☐ はい	☐ いいえ
	今後	24 生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたいことがありますか。	☐ はい

フリガナ、氏名、
性別、生年月日、
年齢、住所、電話番号

24個の問診項目
全てにお答えください。

重要事項

健診結果等の個人情報につきましては、健診機関及び健診事業主体である「藤沢市」が個人情報の保護に関する法律他に基づき管理し、統計事業及び保健指導に活用します。また、特定保健指導等、藤沢市の保健事業を利用する場合は、健診結果等の個人情報を実施機関に提供します。

令和 8 年度藤沢市成人検診指定医療機関一覧 (令和 8 年4月 1 日現在)

C03

地区	医療機関名	住所	電話番号 ※市外局番は 0466です	後期高齢者健診・こくほ健診	がん検診							肝炎ウィルス	ネット予約
					肺	大腸	胃※	胃がんリスク	前立腺	乳	子宮		
藤 沢	風間医院	朝日町16-4	22-9020	●	●	●	●	●	●			●	
	湘南中村クリニック	藤沢31-2	55-3450	●	●			●	●			●	
	いなば医院	藤沢94-2	25-2237	●		●		●	●		●	●	
	桜林産婦人科医院	藤沢101-1 1F	22-2222								●		
	ふじさわ駅前ファミリークリニック	藤沢221-1	27-5355	●	●	●		●	●			●	●
	長谷内科医院	藤沢229	22-2681	●	●	●	バ	●	●				
	藤沢えがしらクリニック	藤沢530-10 3F	53-9834	●	●		内	●	●			●	●
	藤沢女性のクリニック もんま	藤沢530-10 4F	55-4976								●		●
	山川医院	藤沢541	22-2983	●	●	●		●	●			●	
	金子医院	藤沢545	22-9713	●	●	●			●			●	
	朝倉医院泌尿器科	藤沢600 1F	24-5622						●				
	藤沢駅前糖尿病・甲状腺クリニック	藤沢600 1F	53-7715			●		●	●			●	
	湘南藤沢おぬき消化器クリニック	藤沢600 3F	24-1371	●	●	●	内	●	●			●	
	こまたアレルギー科小児科クリニック	藤沢610-1 2F	55-2250										●
	さわ内科糖尿病クリニック	藤沢610-1 2F	55-2256	●	●	●		●	●			●	
	釜落内科・小児科医院	藤沢851	22-6151	★		●		●	●			●	
	藤沢診療所	藤沢854-4	25-2514	●	●	●	バ	●	●			●	
	まり乳腺クリニック	藤沢965	22-2648							●		●	●
	昌内科医院	藤沢1006-1 1F	50-1159	●	●	●		●	●			●	
	近藤内科医院	藤沢1027-9	25-8280	●	●	●	内	●	●			●	
	やのハートクリニック	藤沢1099-5	29-8810	●	●	●		●	●			●	
	後藤内科医院	藤沢1-3-5	22-3113	●	●	●	バ	●	●			●	
	宮岡脳神経外科	藤沢1-3-9	54-2250	●	●	●		●	●			●	
	ほしの内科クリニック	藤沢2-1-18 1F	29-0320	●	●	●		●	●			●	
	白旗なのはなクリニック	藤沢2-3-15 2F	55-2511	●	●	●		●	●			●	
	山岸クリニック	藤沢3-1-18	28-0707	●	●	●		●	●			●	
	林クリニック	南藤沢2-8 3F	54-6105	●	●	●	内	●	●			●	
	山内病院	南藤沢4-6	25-2216、27-0130	●	●	●	●	●	●			●	
	藤沢ガーデン心臓血管在宅クリニック	南藤沢8-5 1F	27-3355	●	●	●		●	●			●	●
	とやま産婦人科医院	南藤沢18-3	22-1103								●		
	藤沢金沢内科クリニック	南藤沢20-18 1F	29-1122	●		●		●	●			●	
	せき藤沢レディースクリニック	南藤沢20-20 3F	23-8858								●		
	本藤沢ゆずクリニック	本藤沢1-1-8	21-9093	●	●	●		●	●			●	
	本藤沢内科クリニック	本藤沢6-14-2	82-2233	●	●	●	内	●	●			●	
	牛鵜内科クリニック	本町2-8-28	22-2821	●	●	●	内	●	●			●	●
	湘南長寿園病院	白旗1-11-1	82-7311	●	●	●		●	●			●	
善 行	えりクリニック	善行1-15-7 1F	80-3850	●	●			●	●			●	
	山崎脳神経外科クリニック	善行1-20-6	81-3183	●	●	●			●			●	
	山本内科クリニック	善行1-25-15 1F	80-6686	●	●	●		●	●			●	
	石田胃腸科医院	善行2-1-2	81-2638	★	●	●	●	●	●			●	
	黒川産科婦人科医院	善行2-1-10	81-0500	●	●	●		●	●		●	●	
	西村整形外科	善行2-2-6	81-5027	●					●			●	
	青木医院	善行2-9-3	81-1690	●	●	●		●	●			●	
	植松医院	善行2-17-7	81-6215	●	●	●		●	●			●	
	善行ホームケアクリニック	善行6-16-21	81-8511	●	●	●		●	●			●	●
	藤沢善行ファミリークリニック	善行7-4-9	80-5815	●	●	●		●	●			●	
	善行団地石川医院	善行団地3-16-1	82-1377	●	●	●		●	●			●	
	関本医院	立石1-2-3	81-2820	●	●	●		●	●			●	
	門山医院	立石3-3203-8	81-1458	●	●	●			●			●	●
	みうら腎泌尿器クリニック 藤沢・大船院	柄沢554-5	28-2525						●				●
	三宅クリニック	柄沢2-5-5	53-7983	●	●	●		●	●			●	
村 岡	小池クリニック	並木台2-10-15	25-8985	●	●	●		●	●			●	
	湘南柄沢クリニック	並木台2-11-1	23-5018	●	●	●		●	●			●	
	小野整形外科	大鋸1-2-18 2F	29-5593	●	●	●		●	●			●	

(裏面もあります)

地区	医療機関名	住所	電話番号 ※市外局番は 0466です	後期高齢者健診・こくほ健診	がん検診							肝炎ウィルス	ネット予約
					肺	大腸	胃※	胃がんリスク	前立腺	乳	子宮		
村 岡	ぬまた内科呼吸器科	大鋸1-2-18 3F	29-5001	●	●	●		●	●			●	
	海部胃腸内科医院	藤が岡3-6-10	26-7225	●	●	●	内	●	●			●	
	のぞみホームクリニック	弥勒寺1-23-4	52-5233	●	●	●	内	●	●			●	
	岩崎クリニック	弥勒寺3-16-4	22-1200	●	●	●		●	●			●	
	たかはしクリニック	弥勒寺4-1-12	23-6133	●	●	●		●	●			●	
	うちだ内科	渡内4-5-18 2F	24-8522		●	●		●	●			●	
	酒井医院	辻堂1-10-19	36-8076	●	●	●	●	●	●			●	
	ふくだクリニック	辻堂2-2-14 3F	30-1333	●		●	内	●	●			●	
	辻堂レディースクリニック	辻堂2-7-1 5F	21-9057								●		
	赤見整形外科	辻堂2-9-3	36-7231						●	●			
	梅津クリニック	辻堂2-9-3	35-4511	●		●		●	●			●	
	辻堂内科診療所	辻堂2-12-13	52-5855	●	●	●		●	●			●	
	湘南ホスピタル	辻堂3-10-2	33-5111	●	●	●	●	●	●			●	
	はじめクリニック	辻堂5-18-9	31-0840	●	●	●	●	●	●			●	
	辻堂脳神経・脊椎クリニック	辻堂元町1-7-18-1	21-9055	●	●	●		●	●			●	
辻 堂	さいとう内科小児科クリニック	辻堂元町4-7-21	30-3500	●	●	●		●	●			●	
	辻堂平台クリニック	辻堂平台1-3-2	30-0670	●	●	●		●	●			●	●
	湘南平台病院	辻堂平台2-13-27	34-2151	●	●	●		●	●			●	
	山田医院	辻堂西海岸2-10-6	36-5379	●	●	●	内	●	●			●	
	辻堂東海岸クリニック	辻堂東海岸1-12-20 1F	34-6006	●	●	●	内	●	●			●	
	びわた東海岸クリニック	辻堂東海岸1-15-16	35-8277	●	●	●	●	●	●			●	
	奥医院	辻堂東海岸4-13-3	36-8513	●	●	●		●	●			●	
	山崎クリニック	辻堂新町1-1-15 2F	21-8955	●	●	●	内	●	●			●	
	小林内科医院	辻堂新町2-17-29	34-5011	●	●	●		●	●			●	
	湘南フォーシーズンズクリニック	辻堂新町4-3-5 2F	33-3355	●	●	●	内	●	●		●	●	●
	Luz 湘南辻堂おなかと内視鏡のクリニック	辻堂神台1-2-12 5F	36-0001	●	●	●	内	●	●			●	
	リーヴァレディースクリニック	辻堂神台1-3-39 4F	54-8827			●		●			●	●	
	湘南レディースクリニック辻堂 C-X	辻堂神台2-2-1 4F	31-1520								●		●
	湘南中央病院 健康管理センター	羽鳥1-3-43	36-8155	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	四ッ谷クリニック	羽鳥1-6-16	31-0855	●	●	●		●	●			●	
明 治	丸山医院	羽鳥2-2-26	36-8709	●	●	●		●	●			●	
	辻堂クリニック	羽鳥3-1-8 1F	33-8899	●	●	●		●	●			●	
	藤田医院	羽鳥5-5-10	36-0979	●	●	●		●	●			●	
	かりゆしファミリークリニック	片瀬365-1	90-4120	●	●	●		●	●			●	●
	湘南内科	片瀬2-15-24	55-2527	●	●	●	内	●	●			●	
	藤沢脳神経外科病院	片瀬2-15-36	27-1511	●	●	●		●	●			●	
	片瀬整形外科	片瀬3-1-39 1F	55-3725			●		●	●			●	
	三浦内科クリニック	片瀬3-1-39 3F	29-0120	●	●	●		●	●			●	
	湘南江の島クリニック	片瀬3-15-1 3F	26-8000	●	●	●		●	●			●	
	コタケ皮膚科医院	片瀬3-17-22	24-0126					●	●				
	クローパーククリニック	片瀬4-10-22	22-5110	●	●	●		●	●			●	
	杉本医院	片瀬5-3-15	23-2353	●	●	●		●	●			●	
	片瀬クリニック	片瀬5-12-23 1F	52-5703	●	●	●		●	●			●	
	やまだ内科クリニック	片瀬山2-7-5	26-3662	●	●	●		●	●			●	
	片瀬山内科医院	片瀬山3-25-10	22-5190	●	●	●		●	●			●	
片 瀬	及川内科医院	片瀬山4-6-4	25-1437	●	●	●	バ	●	●			●	
	中沢医院	片瀬山5-13-4	24-4179			●			●				
	のぐち江ノ島クリニック	片瀬海岸1-3-7 1F	55-3811	●	●	●	内	●	●			●	
	高橋内科クリニック	片瀬海岸1-5-5 1F	29-9350	●	●	●		●	●			●	
	いしい内科医院	片瀬海岸2-9-2 1F	26-0621	●	●	●	内	●	●			●	
	牧野クリニック	鶴沼神明5-13-19 3F	29-5761	●	●	●	内	●	●			●	
	別府医院	鶴沼橋1-1-1 5F	26-1515	●	●	●	内					●	
	こみ糖尿病内科	鶴沼橋1-1-7 1F	53-7763	●	●	●		●	●			●	
	藤沢南口みずの泌尿器クリニック	鶴沼橋1-1-7 4F	47-2225						●				●

令和 8 年度藤沢市成人検診指定医療機関一覧 (令和 8 年4月 1 日現在)

地区	医療機関名	住所	電話番号 ※市外局番は 0466です	後期高齢者健診・こくほ健診・	がん検診							肝炎ウイルス	ネット予約
					肺	大腸	胃※	胃がんリスク	前立腺	乳	子宮		
鶴 沼	たかばやし胃腸科クリニック	鶴沼橋1-1-8 5F	24-4114	●	●	●	内	●	●			●	
	勝俣内科医院	鶴沼橋1-4-1 2F	27-5811	●	●	●		●	●			●	
	藤沢順天医院 藤沢総合健診センター	鶴沼橋1-17-11	23-3211	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	さくだ脳神経外科クリニック	鶴沼橋1-17-11 1F	55-3151	●	●	●						●	
	湘南レディースクリニック	鶴沼花沢町1-12 5・6F	55-5066								●		●
	湘南藤沢クリニック	鶴沼花沢町1-15 2F	52-0588	●	●	●		●	●	●		●	●
	森歯科内科クリニック	鶴沼花沢町2-15	26-6218	●		●		●	●			●	●
	尾崎クリニック	鶴沼東1-1 2F	25-2210	●	●	●	内	●	●			●	
	かがやしレディースクリニック 藤沢	鶴沼東1-2	41-9996								●		●
	ふじざわ脳とからだのクリニック 脳神経外科・内科	鶴沼東1-2	22-1122	●	●	●		●	●	●		●	●
	藤沢内科消化器クリニック	鶴沼石上1-2-4 2F	23-8801	●	●	●	内	●	●			●	●
	山下湘南夢クリニック	鶴沼石上1-2-10 4F	55-5011								●		
	湘南斉藤クリニック	鶴沼石上2-14-9	22-4114	●	●	●	●	●	●	●		●	
	クローバーホスピタル	鶴沼石上3-3-6	22-7111				内	●	●				
	桜が岡内科・内視鏡クリニック	鶴沼桜が岡1-8-13	27-0082	●	●	●	内	●	●			●	●
	安達クリニック	鶴沼桜が岡4-14-3	26-0378	●	●	●		●	●			●	
	小林内科医院	鶴沼桜が岡4-15-28	22-4648	●	●	●	内	●	●			●	
	くげぬま緩和ケア内科	鶴沼藤が谷1-9-22	53-8025										
	池上整形外科	鶴沼藤が谷2-1-21	26-3711	●				●	●			●	
	鶴沼藤が谷内科	鶴沼藤が谷2-2-13	47-8350	●	●	●		●	●			●	●
	呉クリニック	鶴沼松が岡3-24-23	25-7600	●	●	●	内	●	●	●		●	
	ありあけ内科クリニック	鶴沼松が岡4-15-27	54-2668	●	●	●		●	●			●	
	かわしま神経内科クリニック	鶴沼松が岡5-13-17	55-1358	●	●	●		●	●			●	
	鶴沼海岸内科クリニック	鶴沼海岸2-3-13	35-1159	●	●	●		●	●			●	
	のむら医院	本鶴沼2-4-29	53-8500	●	●	●		●	●				
	鶴沼クリニック	本鶴沼2-14-10	50-2501	●	●	●	●	●	●			●	
	上林整形クリニック	本鶴沼3-12-37 2F	36-2226			●		●	●				●
	早稲田医院	本鶴沼4-7-4	38-6657	●	●	●		●	●			●	
	やすい小児科・循環器科	本鶴沼4-7-9	30-2125	●	●	●		●	●			●	●
	湘南鶴沼脳神経クリニック	本鶴沼4-7-9 1F	35-1101	●	●	●	●	●	●			●	
	野中医院	本鶴沼4-14-6	34-2727	●	●	●		●	●			●	
湘 南 大 庭	産婦人科吉田クリニック	大庭5061-4	88-1103								●		●
	野中脳神経外科クリニック	大庭5061-5	87-8561	●	●	●		●	●			●	
	橋内科	大庭5061-8	88-1188	●	●	●		●	●			●	
	木下整形外科	大庭5125-13	90-5898	●		●		●	●			●	
	湘南ゆずクリニック	大庭5220-27	52-6813	●	●	●		●	●				
	村田会湘南大庭病院	大庭5526-22	20-1700	●	●			●	●			●	
	藤沢市保健医療センター	大庭5527-1	88-7305				バ			●			
	湘南あおぞらクリニック	大庭5560-1 1F	89-0603	●	●	●	内	●	●			●	
	よしむら耳鼻咽喉科・内科・呼吸器内科	大庭5681-10 2F	87-3315	●	●	●		●	●			●	
	青木内科	大庭5682-9 3F	88-5132	●	●	●		●	●				
	高橋まことクリニック	石川1-1-20 2F	89-4351	●	●	●	内	●	●			●	●
六 会	湘南台宮治クリニック	石川6-21-10	86-6366	●	●	●	内	●	●			●	
	今村内科クリニック	亀井野1770-2 1F	80-1559					●	●				
	佐藤クリニック	亀井野2520-25	82-6633	●	●	●		●	●			●	
	藤沢まえた内科	亀井野1-3-12 2F	81-1117	●	●	●		●	●			●	
	関野内科医院	亀井野1-21-12	81-5615	●	●	●	バ	●	●			●	
	杉田外科	亀井野2-6-2	81-7666	●	●	●		●	●			●	
	みむら脳神経外科	亀井野2-7-1	81-8686	●	●	●		●	●			●	
	心臓クリニック 藤沢六会	亀井野2-7-1	52-8200	★	●	●		●	●			●	
	むつあい内科クリニック	亀井野2-10-13	52-5883	●	●	●		●	●			●	
	村田会湘南台内科クリニック	円行991	43-0865	●	●	●	内	●	●				
湘 南 台	湘南台プレストクリニック	湘南台1-1-6 2F	41-0055							●		●	●
	湘南台しらがクリニック	湘南台1-1-6 3F	41-4192	●	●	●		●	●			●	

(裏面もあります)

地区	医療機関名	住所	電話番号 ※市外局番は 0466です	後期高齢者健診・こくほ健診・	がん検診							肝炎ウイルス	ネット予約
					肺	大腸	胃※	胃がんリスク	前立腺	乳	子宮		
湘 南 台	湘南台まつえ整形外科・内科・リハビリテーションクリニック	湘南台1-4-2 2F	42-0001	●	●	●		●	●			●	●
	いまいにし内科・消化器科クリニック	湘南台1-7-8 1F	41-0210	●	●	●	内	●	●			●	
	湘南藤沢心臓血管クリニック	湘南台1-9-1 1F	41-2810	●	●	●		●	●			●	
	メディカルパーク湘南	湘南台1-14-3	41-0331								●	●	●
	湘南第一病院	湘南台1-19-7	44-7111	●	●	●	●	●	●			●	
	湘南台スマイルクリニック	湘南台1-26-7	53-8590	●	●	●			●			●	
	ことり内科クリニック	湘南台2-2-1 1F	53-7100	●	●	●		●	●			●	
	湘南台あかちゃんこどもクリニック	湘南台2-3-1 2F	45-0012									●	●
	湘南台腎泌尿器・漢方クリニック	湘南台2-7-12 1F	41-2566						●				●
	湘南台脳神経外科クリニック	湘南台2-7-15 1F	45-5500	●	●	●		●	●				
	すが内科クリニック	湘南台2-8-30 3F	45-5557	●	●	●	内	●	●			●	●
	中沢内科医院	湘南台2-18-3	43-0160	●	●	●	●	●	●			●	
	さくまこどもクリニック	湘南台2-27-15 1F	45-7753									●	●
	羅内科循環器科医院	湘南台2-27-15 1F	43-8522	●	●	●		●	●			●	
	湘南ふかさざわ鼠径ヘルニア大腸肛門外科クリニック	湘南台2-31-15 2F	41-5525	●	●	●		●	●			●	
	たんげ脳神経外科	湘南台3-7-12 1F	42-6801	●	●	●		●	●			●	
	小林クリニック	湘南台3-7-12 3F	43-1152	●	●	●	内	●	●			●	
	いわもと内科	湘南台4-5-1	44-8004	●	●	●		●	●			●	●
	牧小児科医院	湘南台6-6-10	46-1888			●							
	湘南台中央医院	湘南台7-1-5	45-8828	●	●	●	内	●	●			●	
	明石医院	湘南台7-15-14	43-1123	●	●	●	バ	●	●			●	●
	西郷医院	湘南台7-50-5	44-2791	●	●	●	内	●	●			●	
	瀬戸山産婦人科	湘南台7-52-11	43-3335	●		●		●			●	●	
長 後	長後中央医院	下土棚444-8	44-0335	●	●	●		●	●			●	●
	ライフメディカル健診プラザ	下土棚467-10	0570-099-200		●	●	●	●	●	●	●	●	
	たけいハートクリニック	下土棚467-10 1F	53-8624	●	●	●		●	●			●	
	長後こどもクリニック	下土棚478-5	44-2030	●	●	●		●	●			●	●
	赤川内科医院	下土棚546-1	44-9608	●	●	●		●	●			●	
	長後すざぎ内科クリニック	長後556-1	53-7261	●	●	●		●	●			●	
	木庭医院	長後680	44-0052	●	●	●		●	●			●	
	グリーン内科	長後706 1F	43-8088	●	●	●	内	●	●			●	
	泌尿器科 湘南諏訪クリニック	長後706 1F	43-5566					●					
	石原医院	高倉396-3	44-3627	●	●	●		●	●			●	
	いたばしクリニック	高倉885-5	86-7788			●		●	●			●	●
	山口クリニック	高倉2332-1	41-0333	●	●	●	内	●	●			●	
	藤沢湘南台病院	高倉2345	44-1451				内						
御 所 見	ココロまち診療所	用田2672	77-9426	●		●		●	●			●	
	宮本内科消化器科クリニック	菖蒲沢611	48-0080	●	●	●	●	●	●			●	
	御所見総合クリニック	瀬郷188	47-0543	●	●	●	●	●	●			●	
	窪島医院	遠藤438-5	87-3002	●	●	●		●	●			●	
遠 藤	柳沢内科小児科医院	遠藤641-6	87-6700	●	●	●	内	●	●			●	
	北見泌尿器科皮膚科クリニック	遠藤861-6	86-3121						●				
	野村クリニック	遠藤861-6	87-5001	●	●	●		●	●			●	
	櫻井胃腸科クリニック	遠藤863-5	86-2822	●	●	●	内	●	●			●	
	愛児レディースクリニック	遠藤2957-1	89-0055					●			●	●	
	湘南慶育病院	遠藤4360	41-9208	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
	セントジョージクリニック	遠藤6215	48-3300	●	●	●	●	●	●			●	

★は平日に加え、日曜日も健診を実施しています。ただし、健診を実施していない日曜日もありますので、事前に病院にお問い合わせください。

※胃がん検診…バ：バリウム、内：内視鏡、●：両方実施

藤沢市 検診用

市民税非課税世帯申告書

藤沢市長

私は、検診を受診するに当たり、世帯員のすべてが個人市民税が課されない者により構成される世帯に属する者であることを申告します。

なお、この申告の確認のために必要な事項を藤沢市が保管する公簿等により確認することと同意します。

【非課税世帯の基準年度】 4月～7月に受診の場合は、前年度の課税状況
8月～翌3月に受診の場合は、当該年度の課税状況

●受診者記載欄（太枠内をご記入ください。）

申請日	年 月 日	受診者番号 (左詰めで記入)																	
ふりがな			生年 月日	大正 昭和 平成															
氏 名				年 月 日															
住 所	藤沢市																		

●医療機関記載欄 電話で確認後、枠内をご記入ください。

実施する検診（○を記入。複数可） 1. 胃がん検診(X線) 2. 胃がん検診(内視鏡) 3. 乳がん検診 4. 子宮頸がん検診 5. 肺がん検診 6. 大腸がん検診 7. 肝炎ウイルス検診	照会結果	☐ 非課税 ☐ 課税 ☐ には結果をチェックしてください。
	市役所 照会先	健康づくり課 (直通)21-7344
	医療機関 連絡者名	
	医 療 機関名	

〈 注意事項 〉

1. 照会結果が非課税、課税にかかわらず、ご記入いただいた申告書はご提出ください。
 2. この書類はコピーして使用可能です。
 3. 月まとめにし、完了報告書と併せて提出してください。
- ※ 提出の際は、所定の表紙をつけて検診票とは別にしてください。

提出日 年 月 日

藤沢市長

藤沢市検診用市民税非課税世帯申告書

令和 年度 月提出分

医療機関名

所在地

連絡先