

肺がん・結核検診（草加市・八潮市）について

資料3

	草加市	八潮市
1 実施時期	令和8年7月1日（水）～ 令和8年9月30日（水）	
2 対象者	40歳以上で、受診日当日草加市または八潮市に住民票がある方 ※草加市は受診券不要 ※「八潮市肺がん検診受診券」を持参した方	
3 自己負担	—(1)—胸部レントゲン 800円 —(2)—喀たん検査 900円 —(①+②)—1,700円— 【自己負担免除対象者】 ① <u>年度末年齢75歳以上</u> ② 65歳以上75歳未満の 後期高齢者医療保険制度被保険者 ③ 世帯全員非課税の方 ④ 生活保護受給者 ⑤ 中国残留邦人等支援給付制度適応の方	—(1)—胸部レントゲン 800円 —(2)—喀たん検査 900円 —(①+②)—1,700円— 【自己負担免除対象者】 ① <u>受診日当日70歳以上</u> ② 65歳以上70歳未満の 後期高齢者医療保険制度被保険者 ③ 世帯全員非課税の方 ④ 生活保護受給者 ⑤ 中国残留邦人等支援給付制度適応の方 ⑥ <u>69歳以下の八潮市国民健康保険被保険者</u> (補助金申請書の提出が必要) ※喀たん検査900円は有料
4 委託料	【肺がん検診】 4,922円 —【喀痰検査あり】— 8,442円 —【喀痰検査容器代】— 330円	
5 受診回数	年度内1回	
6 内容等	(1) 胸部レントゲン撮影 + 一次読影 (2) 二次読影：草加八潮医師会の読影会で実施 (3) 結果説明	
7 請求	翌月15日まで 請求書と診査票（保健センター控え）を提出	翌月15日まで 請求書と診査票（保健センター控え）を提出 ※受診券を診査票に糊付け
8 その他	受診券の発行なし。 マイナ保険証や住所・生年月日がわかる本人確認書類で、対象者かどうか確認。	受診券の提出が必要。 紛失の場合は、保健センターで再交付が必要。

八潮市 肺がん・結核検診診査票

◎自己負担減免の場合にレ点を記入してください。(医療機関記入欄)

減免確認	1. 69歳以下の八潮市国保	5. 非課税世帯
	2. 70歳以上	6. 中国残留邦人等支援受給者
	3. 65歳～69歳の後期高齢者医療	7. なし(1～6以外)
	4. 生活保護受給者	

カルテ番号

[]

下記の枠内に受診券番号をご記入のうえ、医療機関にお持ちください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

検診日 令和 年 月 日 ①保健センター控

ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正 昭和	年	月	日	生(満)	歳)
氏名										
住所	八潮市	電話番号	()							
問診	次の質問のあてはまるものにレ点及び数字等を記入してください 1. 今日現在、八潮市に住民票がある、40歳以上(年度末年齢)の方ですか? ☐ はい ☐ いいえ ※検診当日、八潮市民でない方は受けられません。 2. 自覚症状 ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 胸の痛み ☐ 血痰(6ヶ月以内) ☐ その他() 3. 既往歴 ☐ 肺結核 ☐ 肺炎 ☐ 喘息 ☐ 胸膜炎 ☐ じん肺 ☐ その他() 4. たばこ ☐ なし ☐ あり { () 歳から () 歳まで 一日あたり() 本×喫煙年数() 年＝喫煙指数() 5. 職業歴 ☐ 粉じん ☐ クロム ☐ 石綿 ☐ その他() 勤務年数() 年 6. 妊娠の可能性 ☐ あり ☐ なし ※女性のみ記入してください。 私は今年度、八潮市の肺がん検診(集団検診含む)を受けるのは初めてです。 ※同年度内に肺がん検診を2回以上受けた場合、2回目以降は全額自己負担になります。 氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____ (※自署できない方は代筆者が署名してください)									

↓太枠内は、必ず受診者自身で記入してください。

読影結果	第一読影(主治医) 判定 ☐ a 読影不能 ☐ d1 活動性肺結核 ☐ b 異常所見なし ☐ d2 活動性非肺結核性病変 ☐ c 異常所見あるが精査必要なし ☐ d3 循環器疾患 ☐ d4 その他 e: 肺がんの疑い ☐ e1 肺がんの疑いを否定し得ない ☐ e2 肺がんを強く疑う 医師名 _____	第二読影(読影班) 判定 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D1 ☐ E1 ☐ D2 ☐ E2 ☐ D3 ☐ D4 医師名 _____
	総合判定 ☐ 異常なし ☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査	
医療機関名及び住所		医師氏名 _____

八潮市 肺がん・結核検診査票

◎自己負担減免の場合にレ点を記入してください。(医療機関記入欄)

減免確認	1. 69歳以下の八潮市国保	5. 非課税世帯
	2. 70歳以上	6. 中国残留邦人等支援受給者
	3. 65歳～69歳の後期高齢者医療	7. なし(1～6以外)
	4. 生活保護受給者	

カルテ番号

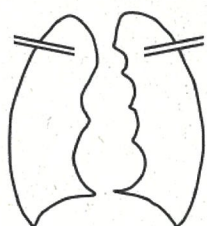
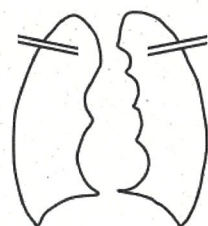
[]

下記の枠内に受診券番号をご記入のうえ、医療機関にお持ちください。

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		検診日	令和	年	月	日	②医療機関控	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正・昭和	年	月	日生(満歳)
氏名								
住所	八潮市			電話番号	()			
問診	次の質問のあてはまるものにレ点及び数字等を記入してください							
	1. 今日現在、八潮市に住民票がある、40歳以上(年度末年齢)の方ですか? ☐ はい ☐ いいえ							
	※検診当日、八潮市民でない方は受けられません。							
	2. 自覚症状 ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 胸の痛み ☐ 血痰(6ヶ月以内) ☐ その他()							
	3. 既往歴 ☐ 肺結核 ☐ 肺炎 ☐ 喘息 ☐ 胸膜炎 ☐ じん肺 ☐ その他()							
	4. たばこ ☐ なし ☐ あり { () 歳から() 歳まで 一日あたり() 本×喫煙年数() 年＝喫煙指数()							
	5. 職業歴 ☐ 粉じん ☐ クロム ☐ 石綿 ☐ その他() 勤務年数() 年							
6. 妊娠の可能性 ☐ あり ☐ なし ※女性のみ記入してください。								
私は今年度、八潮市の肺がん検診(集団検診含む)を受けるのは初めてです。								
※同年度内に肺がん検診を2回以上受けた場合、2回目以降は全額自己負担になります。				氏名				
				代筆者氏名				続柄
(※自署できない方は代筆者が署名してください)								

↓太枠内は、必ず受診者自身で記入してください。

読影結果	第一読影(主治医)	d: 異常所見あり、肺がん以外の疾患で治療を要する	第二読影(読影班)
	判定 ☐ a 読影不能 ☐ b 異常所見なし ☐ c 異常所見あるが精査必要なし	☐ d1 活動性肺結核 ☐ d2 活動性非肺結核性病変 ☐ d3 循環器疾患 ☐ d4 その他 e: 肺がんの疑い ☐ e1 肺がんの疑いを否定し得ない ☐ e2 肺がんを強く疑う	判定 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D1 ☐ E1 ☐ D2 ☐ E2 ☐ D3 ☐ D4
読影結果			
医師名	医師名		
総合判定	☐ 異常なし ☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査		
医療機関名及び住所	医師氏名		

八潮市 肺がん・結核検診査票

カルテ番号

[]

下記の枠内に受診券番号をご記入のうえ、医療機関にお持ちください。

--	--	--	--	--	--

◎自己負担減免の場合にレ点を記入してください。(医療機関記入欄)

減免確認	1. 69歳以下の八潮市国保	5. 非課税世帯
	2. 70歳以上	6. 中国残留邦人等支援受給者
	3. 65歳～69歳の後期高齢者医療	7. なし(1～6以外)
	4. 生活保護受給者	

		検診日	令和	年	月	日	③本人控
ふりがな		性別	男・女	生年月日	大正 昭和	年	月
氏名						日生(満)	歳)
住所	八潮市	電話番号	()				
問診	次の質問のあてはまるものにレ点及び数字等を記入してください 1. 今日現在、八潮市に住民票がある、40歳以上(年度末年齢)の方ですか? ☐ はい ☐ いいえ ※検診当日、八潮市民でない方は受けられません。 2. 自覚症状 ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 胸の痛み ☐ 血痰(6ヶ月以内) ☐ その他() 3. 既往歴 ☐ 肺結核 ☐ 肺炎 ☐ 喘息 ☐ 胸膜炎 ☐ じん肺 ☐ その他() 4. たばこ ☐ なし ☐ あり { () 歳から() 歳まで 一日あたり() 本×喫煙年数() 年＝喫煙指数() 5. 職業歴 ☐ 粉じん ☐ クロム ☐ 石綿 ☐ その他() 勤務年数() 年 6. 妊娠の可能性 ☐ あり ☐ なし ※女性のみ記入してください。 私は今年度、八潮市の肺がん検診(集団検診含む)を受けるのは初めてです。 ※同年度内に肺がん検診を2回以上受けた場合、2回目以降は全額自己負担になります。 氏名 _____ 代筆者氏名 _____ 続柄 _____ (※自署できない方は代筆者が署名してください)						

↓太枠内は、必ず受診者自身で記入してください。

～ 肺がん検診を受けた方へ ～

■判定が「要精密検査」の場合

肺がんであっても症状が出ないことはよくあります。
「症状がないから大丈夫」などと自己判断せず、
必ず精密検査を受けてください。

■判定が「異常なし」「精密検査不要」の場合

がんの中には急速に進行するがんもあります。
早期発見のために必ず毎年、繰り返し検診を受け
ましょう。

血痰、長引く咳、胸痛、声のかれ、息切れなどの症状がある場合には次の検診を待たずに医療機関を受診してください。



喫煙者は非喫煙者と比べて男性で約4倍、女性では約3倍肺がんになりやすく、
喫煙を始めた年齢が若く、喫煙量が多いほどそのリスクが高くなります。受動喫煙
(周囲に流れるたばこの煙を吸うこと)も肺がんのリスクを2～3割程度高めます。

禁煙によってご自身と周りの人の健康を守りましょう。



©八潮市

肺がん検診は毎年受けられます。来年度も市の検診を受けましょう！

総合判定 適当な箇所にチェック☑	☐ 異常なし ☐ 精密検査不要 ☐ 要精密検査 → 必ず精密検査を受けてください。
医療機関名 及び住所	医師氏名 _____

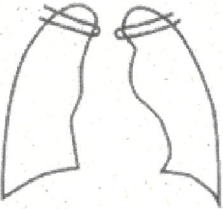
草加市 肺がん・結核検診査票（案）

減免 確認	後期高齢者 医療制度加入者	生活保護受給者
	中国残留邦人等 支援給付制度適用者	市民税非課税 世帯

2026～

受診日 令和 年 月 日

太枠の中をご記入ください。

フリガナ			性別	生年 月日	大正 昭和	年 月 日 歳	
氏 名	氏	名	男・女				
住 所	草加市			電 話	- -		
問 診	次の質問のあてはまるものにチェック✓及び数字等を記入してください						
	1. 今日現在、草加市に住民票がある、40歳以上(年度末年齢)の方ですか？ ☐ はい ☐ いいえ						
	2. 自覚症状 ☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 胸の痛み ☐ 血痰(6ヶ月以内) ☐ その他()						
	3. 既往歴 ☐ 肺結核 ☐ 肺炎 ☐ 喘息 ☐ 胸膜炎 ☐ じん肺 ☐ その他()						
	4. たばこ ☐ なし ☐ あり { ()歳から()歳まで 一日あたり()本×喫煙年数()年＝喫煙指数()						
	5. 職業歴 ☐ 粉じん ☐ クロム ☐ 石綿 ☐ その他()勤務年数()年						
	6. 妊娠の可能性 ☐ あり ☐ なし ※女性のみ記入してください。						
私は今年度、草加市の肺がん検診を受けるのは初めてです。							
※同年度内に肺がん検診を2回以上受けた場合、 2回目以降は全額自己負担になります。				氏名			
				代筆者氏名			続柄
				(※自署できない方は代筆者が署名してください)			
読影結果	第一読影(主治医)			第二読影(読影班)			
	判定 ☐ a ☐ b ☐ c ☐ d1 ☐ e1 ☐ d2 ☐ e2 ☐ d3 ☐ d4			判定 ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D1 ☐ E1 ☐ D2 ☐ E2 ☐ D3 ☐ D4			
適当な箇所にチェック☑							
	医師名			医師名			
判定区分	☐ 異常なし ☐ 精検不要 ☐ 要精検						
医療機関名 及び住所	医師氏名 印						

八潮市 肺がん・結核検診 受診者名簿

医療機関名 _____ 人

提出年月日 令和 年 月 日

受診者番号	カルテ番号 または患者ID	受診者氏名	年齢	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

※医療機関控えが必要な場合は、コピーをしていただきますようお願いいたします。

八潮市精密検査依頼書兼結果連絡票

令和 年 月 日

精密検査実施医療機関の長様

一次検診実施医療機関

一次検診担当医師名

本書持参の方は、八潮市肺がん検診を実施した結果、精密検査が必要であると判断いたしました。

ご多忙中に存じますが、ご精査くださいますようお願い申し上げます。

なお、精密検査の結果につきましては、本書下段にご記入の上、八潮市立保健センターへご返送いただきますようお願いいたします。

ふりがな		生年月日	大 ・ 昭	年	月	日（ 歳）
氏名						
住所	八潮市	一次検診日	令和	年	月	日

■該当するものに○またはレ点をつけてください。また、該当するものに記入してください。

精密検査開始日 令和 年 月 日（精密検査 完了・未完了）						
検査方法	1. C T 2. X線単純撮影 3. 気管支ファイバースコープ 4. その他（ ）					
診断・所見	1. 異常認めず 2. 原発性肺がん（ ☐ 疑い） 3. 転移性（原発部位： ） 【病期分類 ☐ 0期（オカルト含） ☐ I期 ☐ II期 ☐ III期 ☐ IV期 ☐ 病期不明】 4. 肺がん以外の疾患 （ ☐ 転移性肺腫瘍 ☐ 肺気腫 ☐ 肺炎 ☐ その他の疾患 ☐ 縦隔腫瘍 ☐ 気管支拡張症 ☐ 良性腫瘍 ☐ 石灰化巣 ☐ 塵肺 ☐ 胸膜疾患 ☐ 肺結核症 ☐ 肺線維症 ☐ 気胸 ☐ 慢性気管支炎 ☐ 無気肺 ☐ 横隔膜疾患 ☐ 診断未定 ）					
治療	1. 治療不要 2. 経過観察 3. 治療を要する（以下の該当するものに記入してください。） （ a 手術（施行・予定） 令和 年 月 日 b 薬物療法 c 放射線 d その他（ ） e 他の医療機関へ紹介（医療機関名： ） ）					
偶発症	☐ 精密検査中/精密検査後の入院治療を要する重篤な偶発症有 → ☐ 偶発症による死亡					

精密検査の結果は、以上のとおりですのでおしらせします。

精密検査診断日 令和 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名