

# 前立腺がん検診

令和6年度実施マニュアル

別府市医師会

## 令和 6 年度前立腺がん検診実施要領

### (対象者)

#### 1. 対象者は次のとおりとする

別府市内に住民票を有する 50 歳以上(年度内に 50 歳に到達する者含)の男性とする。  
事業所等で検診の機会のあるものは除く。

検診は、同一人物に対して年 1 回行うものとする。

### (実施内容)

#### 2. 業務内容は前立腺がん検診とする。

検査項目は次のとおりとし、前立腺がん検診票(様式 1 号)により行う。

検査項目	問診・P S A (前立腺特異抗原) 検査
------	-----------------------

### (検診の受付)

#### 3. 実施医療機関(別紙 1)は、受診者の住所、氏名、年齢を確認し、前立腺がん検診を行う。検診にあたり、所定の検診自己負担金を徴収し、委託料の一部に充当する。また、検診前に検診方法や内容を受診者に十分説明し、同意を得てから実施すること。

### (検診料について)

#### 4. 検診委託料(税込)は、1 件につき 3, 234 円と、通信費 84 円を合わせた額の 3,318 円とする。そのうち実施医療機関窓口にて自己負担金 1,000 円を徴収する。ただし、次の者は自己負担金を徴収しない。

(1) 70 歳以上(昭和 30 年 3 月 31 日以前の生まれ)の者で、年齢の確認できるものを提示した者。年度中に 70 歳に到達する者も含む。

(2) 満 65～69 歳の後期高齢者医療被保険者の者で後期高齢者医療被保険者証を提示した者。

保険証のコピーを、大腸がん検診・肝炎ウイルス検診・前立腺がん検診請求明細書(請求様式 1-1 号)[以下、請求明細書]に添付する。

(3) 生活保護法による被保護世帯に属する者で、診療依頼証と健康へのパスポートを提出した者。医療機関名と受診日を記入し健康へのパスポートは本人へ返す。診療依頼証があれば健康へのパスポートがなくても受診可能。

診療依頼証のコピーを請求明細書に添付する。

(4) 住民票の世帯員すべての人に市県民税がかかっていない世帯の者で税額証明書を提出した者。

証明書を請求明細書に添付する。

(事後指導)

5. 実施医療機関は、総合判定に基づき受診者に十分な説明と保健指導を行なう。  
検診の結果、要精密者には前立腺がん検診結果のお知らせ(様式7号)により速やかに通知し、必要書類を持って、精密検査実施医療機関を受診するよう指導する。  
必要書類は以下のとおりとする。
- (1) 前立腺がん検診票(様式1-1号)
  - (2) 前立腺がん検診精密検査依頼書(様式8号)
  - (3) 前立腺がん精密結果(様式5号)

(検診結果の通知)

6. 実施医療機関は、検診結果を次の区分により受診者及び市へ通知する。

受診者に対する通知	異常なし	様式9号により封書にて郵送する。
	要精検者	様式7号により通知する。 別に精密医療機関宛の前立腺がん精密検査依頼書等(様式8・5号)を密封して受診者へ手渡す。
市に対する通知	異常なし 要精検者	医師会への前立腺がん検診票(様式1-1号)の提出をもって、市への通知とする。

(委託料の請求)

7. 実施医療機関は、検診料より自己負担金を差引いた額を各月単位に算出し、翌月10日までに別府市医師会に提出する。  
自己負担金免除者については、請求明細書の免除理由にチェックを付け内訳を明確にする。

【被生活保護世帯に属する者】

「生保」にチェックを付け、診療依頼証のコピーを添付する。

【市民税非課税世帯に属する者】

「非課税」にチェックを付け、税額証明書を添付する。

【65～69歳で後期高齢者医療被保険者】

「後期」にチェックを付け、保険証のコピーを添付する。

【今年度末時点で70歳になる者】

「今年度70才」にチェックを付ける。(71歳以上の者はチェック不要)

別府市医師会は、各月ごとに別府市に事業完了届を提出するとともに、検診内容記入もれ等を確認したのち、別に定める様式を添付し委託料を請求する。

- (1) 実施医療機関から医師会に提出するもの

- ア 前立腺がん検診票(様式1-1号)
- イ 大腸がん検診・肝炎ウイルス検診・前立腺がん検診請求明細書(請求様式1-1号)  
(自己負担金免除証明書等添付)
- ウ 大腸がん検診・肝炎ウイルス検診・前立腺がん検診請求内訳(請求様式3号)

(検査の実施)

8. 令和6年4月1日から令和7年3月31日までとする。

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

●別府市医師会事務手数料（税込）は、1件につき220円。従って、委託医療機関へは自己負担金と事務手数料を差し引いた額の2,098円が支払われる。自己負担免除者は事務手数料だけ差し引いた額の3,098円が支払われる。

# 生活習慣病健診 がん検診等のご案内

🌸生活習慣病健診とは、40歳以降から増加する生活習慣病をチェックしてメタボリックシンドロームや心筋梗塞、脳卒中などのリスクの早期発見を目的とした健診です。  
🌸同時にがん検診も受けることもできますのでご案内いたします。

すべて **¥ 0**

【健診期間】 令和6年4月1日～令和7年3月31日

健診項目	健診内容	対象年齢
生活習慣病健診	問診・身体測定・腹囲・血圧・血液検査 (中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST (GOT)、ALT (GPT) γ-GT (γ-GTP)、血糖、HbA1c、血清クレアチニン、eGFR)・尿検査(尿たんぱく、尿糖)	40歳以上の方
	心電図※・貧血検査※・眼底検査※ ※条件該当者 健診結果等により血圧・血糖等が一定の基準に該当し、医師が必要と判断した方)	40～74歳の方
	血清アルブミン	75歳以上の方
肺がん検診	胸のエックス線撮影	40歳以上の方
大腸がん検診	便潜血検査	
胃がん検診	バリウムによるエックス線撮影	
肝炎ウイルス検診	血液検査 ※過去に受けたことのない方	
乳がん検診	マンモグラフィ検査	40歳以上の女性
子宮頸がん検診	子宮頸部の細胞診	20歳以上の女性
骨そしょう症検診	かかとの超音波検査など	40・45・50・55・60・65・70・75・80…歳になる女性
前立腺がん検診	血液検査	50歳以上の男性

※市が実施する健診・検診は受診方法を問わず年度内1度のみです（肝炎ウイルス検診は一生に一回のみ）

## 健診を受ける場所を決めて予約！受診時は診療依頼証を持参

1 **健診センターで受ける：要事前予約**

- ①各センターのホームページからWEB予約
- ②裏面の各健診センターの「予約先」の電話番号から予約

健診センターの詳細は裏面をチェック！

2 **指定医療機関で受ける：**  
同封されている「特定健診等 指定医療機関一覧」をご参照ください

3 **集団健診（バス）で受ける：要事前予約**  
毎月の市報をご参照ください

## 別府市医師会地域保健センター

(西野口町・富士見通り沿い)

予約先：0977-23-2279  
またはホームページ

検索 別府市医師会 健診予約



- ★別府市役所に近く利便性が良いです。
- ★胃がん検診を実施した人に食事券をお渡しします。
- ★子宮頸がん検診は女性医師、乳がん検診は女性技師の実施日があります。
- ★6月以降は月1回日曜日も実施しています。

## 大分県厚生連健康管理センター

(緑丘町・鶴見病院山側)

予約先：0977-75-6154  
またはホームページ

検索 厚生連 健診予約



- ★5月にご受診の方は指定のオプション検査を無料で受けられます。
- ★特定健診とがん検診を同時に申し込むと管理栄養士監修のお食事がつきます。
- ★当日、医師と保健師より結果の説明をさせていただきます。
- ★乳がん検査は女性技師が対応します。

## OHC 大分総合健診センター

(北石垣深町・国道10号線沿い)

予約先：0120-947-734  
またはホームページ

検索 OHC 健診予約



- ★胃がん検診実施の方には選べる特典を進呈します。(お食事券もしくはMRI割引優待券)
- ★乳がん検診は女性技師が対応します。
- ★子宮頸がん検診は女性医師の担当の日があります。

### 令和6年度 健康へのパスポート

- 受診した健診の確認用紙としてお役立て下さい。
  - 受診医療機関に提出すると、印を押してもらえます。
- ※受診機関へ提出せずに、ご自分で「受診機関」「受診日」を記入していただいてもよいです。

生活習慣病健診	
受診機関	
受診日	年 月 日

肺がん検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

大腸がん検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

胃がん検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

肝炎ウイルス検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

乳がん検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

子宮頸がん検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

骨そしょう症検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

前立腺がん検診	
受診機関	
受診日	年 月 日

前立腺がん検診票

		令和      年      月      日	
氏名	フリガナ	生年 月日	大正      年      月      日
			昭和      (      ) 歳
住所	〒      -	電話 番号	-      -
	別府市		
検 診 歴	前立腺がん検診を受けたことがありますか？	1. ない      2. ある	
	(上記で「2. ある」と回答された方に伺います。)	最終受診年月：      年      月	
	検診結果(最終年の結果)は？	検診結果：      1. 異常なし      2. 要精密検査	
	(上記で「2. 要精密検査」と回答された方に伺います。)	精密受診年月：      年      月	
	精密検査の結果は？	精密検査結果：  1. 異常なし 2. 異常あり a. 前立腺がん b. 前立腺がん疑い c. 前立腺肥大(疑い含む) d. 前立腺炎(疑い含む) e. その他(      ) 3. 未受診	
家 族 歴	血族の前立腺がん	1. ない 2. ある (      a. 父      b. 兄弟      c. 子      ) d. その他(      )	
自 覚 症 状	1. ない      2. ある (      a. 尿が出にくい      b. 排尿時の痛み      c. 尿に血が混じる      d. 残尿感      ) e. 尿の回数が多い      f. その他(      )		

検診 結果	P   S   A	ng/ml	基準値	4.0以下
判定 区分	1. 異常なし      2. 要精密検査			

受託実施機関名 (電話)

前立腺がん検診票

		令和      年      月      日	
氏名	フリガナ	生年 月日	大正      年      月      日 昭和      (      ) 歳
住所	〒      -      別府市	電話 番号	-      -
検 診 歴	前立腺がん検診を受けたことはありますか？	1. ない      2. ある	
	(上記で「2. ある」と回答された方に伺います。)	最終受診年月:      年      月	
	検診結果(最終年の結果)は？	検診結果:      1. 異常なし      2. 要精密検査	
	(上記で「2. 要精密検査」と回答された方に伺います。)	精密受診年月:      年      月	
	精密検査の結果は？	精密検査結果:  1. 異常なし 2. 異常あり a. 前立腺がん b. 前立腺がん疑い c. 前立腺肥大(疑い含む) d. 前立腺炎(疑い含む) e. その他(      ) 3. 未受診	
家 族 歴	血族の前立腺がん	1. ない 2. ある (      a. 父      b. 兄弟      c. 子      ) d. その他(      )	
自 覚 症 状	1. ない      2. ある (      a. 尿が出にくい      b. 排尿時の痛み      c. 尿に血が混じる      d. 残尿感      ) e. 尿の回数が多い      f. その他(      )		

②精密医療機関

検診 結果	P S A	ng/ml	基準値	4.0以下
判定 区分	1. 異常なし      2. 要精密検査			

受託実施機関名 (電話)

前立腺がん検診票

		令和      年      月      日	
氏名	フリガナ	生年 月日	大正      年      月      日
			昭和      (      ) 歳
住所	〒      -	電話 番号	-      -
	別府市		
検 診 歴	前立腺がん検診を受けたことはありますか？	1. ない      2. ある	
	(上記で「2. ある」と回答された方に伺います。)	最終受診年月：      年      月	
	検診結果(最終年の結果)は？	検診結果：      1. 異常なし      2. 要精密検査	
	(上記で「2. 要精密検査」と回答された方に伺います。)	精密受診年月：      年      月	
	精密検査の結果は？	精密検査結果：  1. 異常なし 2. 異常あり a. 前立腺がん b. 前立腺がん疑い c. 前立腺肥大(疑い含む) d. 前立腺炎(疑い含む) e. その他(      ) 3. 未受診	
家 族 歴	血族の前立腺がん	1. ない 2. ある (      a. 父      b. 兄弟      c. 子      ) d. その他(      )	
自 覚 症 状	1. ない      2. ある (      a. 尿が出にくい      b. 排尿時の痛み      c. 尿に血が混じる      d. 残尿感      ) e. 尿の回数が多い      f. その他(      )		

③医療機関控

検診 結果	P   S   A	ng/ml	基準値	4.0以下
判定 区分	1. 異常なし      2. 要精密検査			

受託実施機関名 (電話)

前立腺がん精密検査結果報告書

氏名	ふりがな	大正 昭和	年	月	日	(満 歳)
住所	(〒 - ) 別府市					
精密検査実施日	令和 年 月 日					
検査項目	1. PSA検査 2. 直腸指診 3. 経直腸超音波検査 4. 生検 5. CT 6. MRI 7. その他の検査( )					
診断名	1. 異常なし 2. 前立腺がん(下記に詳細をご記入下さい) 〔組織型:腺がん 高分化 中分化 低分化 その他( ) 臨床病気:A B C D 不明〕 3. 前立腺がん疑い 4. 前立腺肥大(疑いを含む) 5. 前立腺炎(疑いを含む) 6. その他( )					
今後の治療方針	1. 所見あるも治療不要 2. 経過観察( カ月後再) 3. 以前より管理・治療中 4. 要治療 a. 手術 b. ホルモン療法 c. 化学療法 d. 放射線療法 e. その他					
その他特記事項						

記載年月日	令和 年 月 日	精密検査実施医療機関名	医師名
-------	----------	-------------	-----

様

実施機関

前立腺がん検診結果のお知らせ

令和      年      月      日あなたが受けた前立腺がん検診の結果、精密検査を行う必要があると判定されました。下記の事項を参考にして、なるべく早く（1 か月以内に）精密検査を受けるようお勧めいたします。

記

- 1    精密検査は保険診療ですので、健康保険証をお持ちください
- 2    精密検査を受ける際は、前立腺がん精密検査医療機関宛ての封書を医師に必ずお渡してください
- 3    次の医療機関を受診する際は、必ず事前にお問合わせの上、受診してください

（精密医療機関）

医療機関名	電話番号	外来日	受付時間	受付場所
中村病院	23-3121	月～金	9：00～11：00 要予約	受付
独立行政法人国立病院機構 別府医療センター	67-1111	火・木・ 金	8：30～11：00 要予約	外来受付
大分県厚生連鶴見病院	23-7111	月～木	8：30～11：00 要予約	総合受付
新別府病院	22-0391	月・火・ 水・金	8：30～11：00 要予約	医事課受付
別府湾腎泌尿器病院	66-4111	水	8：30～15：00 要予約	受付

R6. 1 月時点

※精密検査の受診状況について、別府市健康推進課より電話等で確認させていただくことがあります。受診ができない場合は、お手数ですが別府市健康推進課成人保健係（電話：0977-21-2188）までお知らせください。

様式 8 号

精密検査実施医療機関 殿  
担当医 殿

実施機関

前立腺がん検診精密検査依頼書

令和 年 月 日実施の前立腺がん検診（PSA 検査）の結果、精密検査  
の必要がありますので、貴院にて精密検査をお願いいたします。

つきましては大変お手数ではございますが、その結果については、『前立腺がん精  
密検査結果報告書』（様式 5 号）にご記入の上、下記にご送付くださいますよう、  
よろしくお願いいたします。

（送付先）

〒874-8511 別府市上野口町 1 番 15 号

別府市いきいき健幸部健康推進課 成人保健係

電話：0977-21-2188

様式 9 号

令和      年      月      日

様

実施機関

前立腺がん検診結果のお知らせ

あなたが、令和      年      月      日に受けた前立腺がん検診の結果、特に異常は認められませんでした。

検診を受けた後でも、何か自覚症状がある場合は、専門医を受診してください。これからもご自身の健康を守るため、年に一回の検診をお受けください。

# 前立腺がん検診フローチャート

## 地域住民への周知・広報

- ◆ 周知の手段・・・特集号・市報・ケーブル等
- ◆ 健康教育・健康相談の場を活用

## (1) 方法

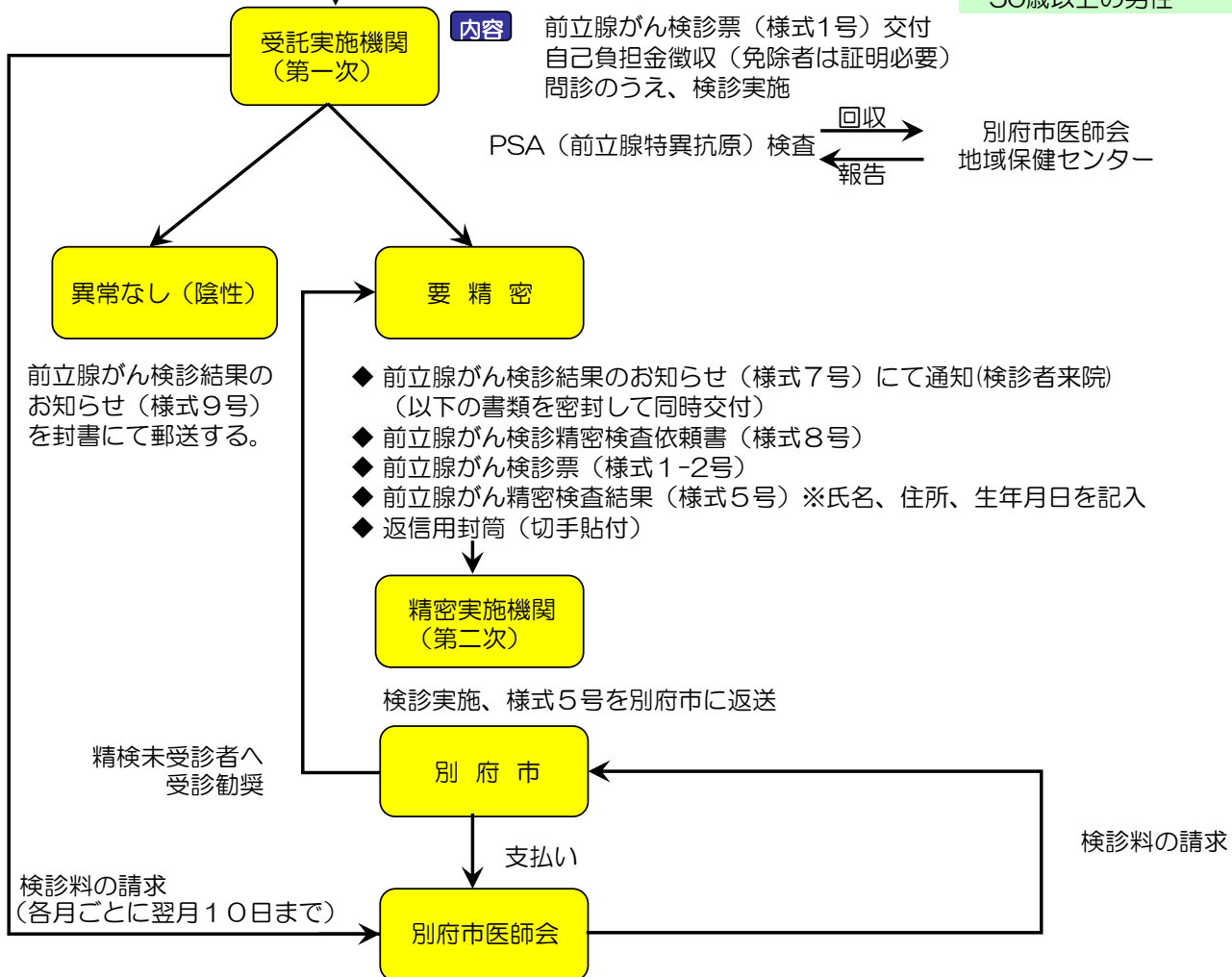
別府市医師会委託  
個別方式

## (2) 内容

問診・PSA（前立腺特異抗原）検査

## (3) 対象者

50歳以上の男性



## 検診料の請求

- 受託実施機関（第一次）から医師会に提出するもの
  - ①前立腺がん検診票（様式1-1号）
  - ②大腸がん検診・肝炎ウイルス検診・前立腺がん検診請求明細書（請求様式1-1号）（自己負担金免除証明書等添付）
  - ③大腸がん検診・肝炎ウイルス検診・前立腺がん検診請求内訳（請求様式3号）

## 留意事項

- (1) 検診前に必ず受診者に検診内容等の説明を行い、同意を得てから実施すること。
- (2) 検診料の請求について・・・翌月10日までに医師会へ提出する。
- (3) 健診結果については速やかに受診者に通知する。  
要精密者には、早めに必ず精密検査を受けるよう勧める。

## 前立腺がん検診実施医療機関

医 療 機 関 名	TEL	住 所
明 石 M ク リ ニ ッ ク	76-5270	御 幸
あべ消化器・内科クリニック	27-5055	新 別 府
安 倍 内 科 医 院	66-6780	火 売
ア ロ ハ ク リ ニ ッ ク	26-2366	鶴 見
石 垣 病 院	66-7557	実 相 寺
石 川 胃 腸 科 医 院	21-5959	東 荘 園
う ち く ら 内 科	21-5750	馬 場
内 田 病 院	21-1341	末 広 町
お お さ わ ク リ ニ ッ ク	27-0030	富 士 見 町
岡 嶋 医 院	22-0774	元 町
甲 斐 医 院	22-0986	野 口 元 町
金 子 内 科 医 院	25-5755	石 垣 東 1 丁 目
垣 迫 内 科 医 院	23-8131	松 原 町
北 崎 医 院	22-8171	青 山 町
木 下 医 院	24-1849	上 田 の 湯 町
清 瀬 病 院	25-1555	野 口 中 町
久保おなか・おしりクリニック	23-2211	石 垣 東 3 丁 目
久 保 田 ク リ ニ ッ ク	25-6363	石 垣 東 1 0 丁 目
黒 木 記 念 病 院	67-1211	照 波 園 町
古 城 循 環 器 ク リ ニ ッ ク	25-3811	石 垣 東 6 丁 目
児 玉 内 科 医 院	23-0777	北 浜 3 丁 目
こだま脳神経外科クリニック	22-0272	石 垣 東 8 丁 目
児 玉 病 院	67-1611	亀 川 四 の 湯 町
さ か い 内 科 医 院	25-0552	大 畑
しもやま内科・循環器内科クリニック	24-0101	南 荘 園 町
新 森 内 科 ク リ ニ ッ ク	25-5261	石 垣 東 5 丁 目
末 宗 内 科 医 院	22-1824	上 田 の 湯 町
荘 園 内 科 ク リ ニ ッ ク	27-3800	東 荘 園
武 井 医 院	24-3411	幸 町
たなか乳腺・外科・内科クリニック	25-5200	中 央 町

医 療 機 関 名	TEL	住 所
たにぐち糖尿病内科クリニック	21-7373	東 荘 園
千 馬 内 科 医 院	21-0715	楠 町
つねとみ内科胃腸科クリニック	67-3600	中 須 賀 本 町
局 医 院	21-1947	南 荘 園 町
中 村 た か ク リ ニ ッ ク	26-2220	新 港 町
中 村 病 院	23-3121	秋 葉 町
鳴 海 ク リ ニ ッ ク	23-5841	楠 町
畑 病 院	21-1371	中 島 町
馬 場 医 院	23-2833	南 立 石 2 区
浜 脇 記 念 病 院	22-2228	浜 脇 1 丁 目
原 嶋 内 科 医 院	23-5261	荘 園
飛 田 内 科 外 科 ク リ ニ ッ ク	27-2000	扇 山
ヒ ロ セ 内 科 医 院	21-3030	駅 前 本 町
福 田 内 科 医 院	25-2250	石 垣 東 3 丁 目
別 府 駅 前 ク リ ニ ッ ク	25-3030	北 浜 1 丁 目
別府駅ゆのまち内科・胃と腸クリニック	76-8500	駅 前 町
別 府 温 泉 病 院	67-1131	野 田
別 府 ト キ ハ ク リ ニ ッ ク	75-8878	北 浜 2 丁 目
堀循環器科内科クリニック	27-6786	亀 川 浜 田 町
宮 崎 ク リ ニ ッ ク	66-0022	亀 川 東 町
ミ ヨ シ 医 院	25-2727	石 垣 西 2 丁 目
村上脳神経内科クリニック	26-1717	山 の 手 町
村 橋 病 院	23-3231	千 代 町
餅 ケ 浜 医 院	23-5365	餅 ケ 浜 町
横 井 内 科 ク リ ニ ッ ク	26-6111	鶴 見 園 町
吉 賀 循 環 器 内 科	66-0115	鉄 輪
吉 武 内 科 医 院	21-5755	扇 山
渡 邊 医 院	23-0564	光 町
渡部内科循環器科クリニック	23-5800	末 広 町
別府リハビリテーションセンター	67-1711	鶴 見

## 令和6年度前立腺がん検診の検査依頼方法

### (1) P S A検査（前立腺特異抗原）

#### ① 真空採血管・茶（3m l）

料金 825円（消費税別）

1. 検査は原則として医師会地域保健センターをご利用下さい。
2. 必ず病医院名の後に「(健診)」と印字されている同一検査一覧依頼書用紙の院内専用セット欄のH:「ゼンリツセンガン」にチェックをして下さい。  
また、他のがん検診と併用される場合は別に同一検査一覧依頼書用紙を記入して下さい。
3. 容器及び採血量

P S A検査のみ・・・真空採血管・茶（3m l）

記入例

院内専用セットの  
I「ゼンリツセンガン」へチェック

この依頼書は、複数受診者において同一項目を依頼する場合のみご利用ください。選択項目欄は、一部受診者において追加項目を依頼する際に、項目名称（項目コード）を記入し各受診者欄の該当する項目番号にV印を記入してください。

同検査依頼書 S(Z)-2 病医院控

顧客名 930-00  
3434401-0 別府市医師会＊健診

担当Dr.名及び診療科名を必ず記入願

氏名・性別・年齢を記入  
その日のPSA提出者が多数  
いた場合は続けて下の欄へ  
ご記入下さい。

院内専用セット

A 9911 トクテイケンシン	F 9916 カンエンケン
B 9912	G 9917 タンニョウカン1
C 9913	H 9918 ハイチョウカン2
D 9914	I 9919 ゼンリツセンガン
E 9915	J 9920

内科 消化 小児 精神 外科 整形 脳外 皮膚  
泌尿 産科 婦人 耳鼻 眼科 その他科名記入欄

外来 入院

病歴

材料

検査項目

1 BML管理欄(この欄は記入しないでください) ヘップ タロウ

2 BML管理欄(この欄は記入しないでください) ヘップ ジロウ

氏名

性別

年齢

検査項目

1 3

2 4

3 4

4

※別府市各種がん検診の項目以外に追加項目がある場合は別途、通常検査依頼されています

「病医院名」のみ印字されている「総合検査依頼書」にご記入下さい。