

# 大腸がん検診

令和7年度実施マニュアル

別府市医師会

## 令和7年度大腸がん検診実施要領

### (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40歳以上（年度内に40歳に到達する者含）の者とする。  
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. 業務内容は大腸がん検診とする。

検査項目は次のとおりとし、大腸がん検診票(様式1号)により行う。

検査項目	問診・免疫便潜血検査（2日法）
------	-----------------

### (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、大腸がん検診を行う。

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4,583円と、通信費110円を合わせた額の4,693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31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（または資格確認書）を提示した者、またはマイナンバーカードによるオンライン資格確認にて後期高齢者医療被保険者に加入していることを確認した者。

保険証／資格確認書／資格情報のお知らせのいずれかのコピーを、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所得・税額証明書を提出した者、または介護保険料に関する納入通知書を提出し、所得段階区分が「第一段階」「第二段階」「第三段階」のいずれかに該当している者。

所得・税額証明書は原本、介護保険料に関する納入通知書はコピーを請求明細書に

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、要精密者には大腸がん検診結果検通知書(様式6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) 大腸がん検診票(様式1-2号)
  - (2) 大腸がん精密検査依頼書(様式7号)
  - (3) 大腸がん精密検査結果通知書(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	精密検査不要	様式8号により封書にて郵送する。
	精密検査必要(がん疑い)	様式6号により通知する。 別に精密医療機関宛の大腸がん精密検査依頼書等(様式7・5号)を密封して受診者へ手渡す。
市に対する通知	医師会への大腸がん検診票(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、**所得・税額証明書**(原本)または**介護保険料に関する納入通知書(コピー)**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／**資格確認書／資格情報のお知らせのいずれか**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、検診内容記入漏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 大腸がん検診票(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・  
1-2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. 検査項目は、問診及び便潜血検査とする。

(1) 問診

問診に当たっては、現在の症状、既往歴、家族歴、過去の受診状況等を聴取する。

(2) 便潜血検査

免疫便潜血検査2日法で行う。

(3) 採便方法

免疫便潜血では採便方法が重要となる。専用スティックを便に突き刺して採便するが最初に突き刺した部分しか採取できない恐れもあるので、あらかじめ便をよくかき混ぜてから採便するか、又は、便の表面をなるべく多くの箇所をなぞるようにして(擦り取るようにして)採取する方法もよいとされている。

(4) 検体の保存と回収

便中の血液は常温に放置すると分解変性するため、冷蔵庫保存が必要である。初回の検体は自宅の冷蔵庫で保存し、2回目の検体を採取した後できるだけ早い回収を行う。

(検査結果の区分と判定)

9. 大腸がん検診の結果は、問診結果及び免疫便潜血検査結果により判断し下記に区分する。

区分:「精密検査不要」「精密検査必要(がん疑い)」

(1) 精密検査不要

1. 問診により、血便症状及びその他の有症状がなく、便潜血検査の結果が2回とも陰性の判定の者。
2. 便潜血検査の結果、2回とも陰性の判定であるが、問診より血便症状及びその他の有症状がある者。(ハイリスク者)

(2) 精密検査必要(がん疑い)

便潜血検査の結果、1回でも陽性と判定された者。

※精密検査は、保険診療となるので、その旨を受診者に説明する。

<注意事項>

- ① 便潜血が2回のうち1回でも陽性となれば、「精密検査必要(がん疑い)」と判定し、「精密検査必要(がん疑い)」の場合は精密医療機関受診に必ずつながるよう、本人に十分な説明をして必要書類を手渡し、精密医療機関受診を勧める。

- ② ハイリスク症状のみで便潜血陰性の場合、総合判定は『精密検査不要』となる。その場合は本人に十分な説明をし、適切な医療機関受診を勧める。

(事後指導)

10. 受託医療機関は一次検査結果（便潜血陰性・便潜血陽性・ハイリスク症状）に基づき受診者に説明と保健指導を行う。

(1) 精密検査不要

大腸がん検診結果のお知らせ（様式8号）により封書にて通知する。

なお、ハイリスク者（※）へは医療機関への受診を勧奨する。

(2) 精密検査必要（がん疑い）

大腸がん結果通知書（様式6号）により通知するとともに、大腸がん精密検査依頼書（様式7）及び大腸がん精密検査結果通知書（様式5号）を密封のうえ手渡し、速やかに精密検査実施機関へ受診するよう指導する。

※ハイリスク者とは、問診の下記いずれかに該当する場合を指す。

- ①最近半年以内の血便 ②血族の大腸がん ③便柱が細くなった  
④便に粘液・血液がつく ⑤便秘と下痢を繰り返す ⑥残便感 ⑦腹痛

(実施期間)

11. 令和7年4月1日から令和8年3月31日までとする。

附 則

この要領は、令和7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、委託医療機関は自己負担金と事務手数料を差し引いた額の3,473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4,473円が支払われる。

令和7年度

# 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7年4月1日～令和8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歳代：2方向撮影、50歳以上：1方向撮影)	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)  
※住民票が別府市にある方が対象です。別府市にて生活保護受給中だが他市町村に住民票がある方で健診等の受診を希望される方は、住民票所在地の健診担当課へお問合せください。

**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

問合せ先：ひと・くらし支援課 0977-21-1113



# 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

厚生連 健診予約

検索



- ★5月～6/13までのご予約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



- ★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。

# 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

別府市医師会 健診予約

検索



- ★胃がん検診を実施した人に食事券をお渡しします。
- ★乳がん検診は女性技師が対応いたします。
- ★子宮頸がん検診は女性医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。

## 令和7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

大腸がん検診票

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 ( ) 歳
住所	〒 - 別府市	電話番号	- -		
1. 大腸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		
検査結果(最終年の結果)は？			検査結果 : 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. 大腸がん b. 大腸ポリープ c. 大腸憩室 d. 炎症性疾患 e. その他( ) 3. 未受診		
2. 今までにかかった消化器の病気		1. ない 2. ある } ⇒ 病名: a. 大腸がん b. 大腸ポリープ c. 痔 d. その他( ) 3. 治療中 } いつ頃:( )年 病院名:( ) 手術:(有・無)			
3. 現在の痔の有無		1. ない 2. ある			
4. 最近半年以内の血便の有無		1. ない 2. ある			
5. 血族の大腸がん		1. ない 2. ある (a. 祖父母 b. 父母 c. 兄弟姉妹 d. 子 e. その他( ))			
6. 現在の症状	便の状態	1. 普通 2. 異常 (a. 便柱が細くなった b. 便に粘液・血液がつく c. その他( ))			
	便通	1. 普通 2. 異常 (a. 便秘 b. 下痢 c. 便秘と下痢をくり返す d. 残便感)			
	腹痛	1. ない 2. ある { a. 毎日 b. 時々 c. まれに I. 排便時 II. 食後 III. 空腹時 IV. その他( )			
7. ここ1年間の体重減少		1. ない 2. ある ( )kg			
8. (女性の方)生理中ですか。		1. いいえ 2. はい			

①別府市

採便日	1回目	月 日	2回目	月 日	採便数	本	検体No.	
検査結果	1回目便潜血反応				1. 陰性 2. 陽性		総合判定	1. 精密検査不要 2. 精密検査必要(がん疑い)
	2回目便潜血反応				1. 陰性 2. 陽性			
	ハイリスク症状				1. 無し 2. 有り			

受託実施機関名 (電話)



大腸がん検診票

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 ( ) 歳
住所	〒 - 別府市			電話番号	- -
1. 大腸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		
検査結果(最終年の結果)は？			検査結果 : 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. 大腸がん b. 大腸ポリープ c. 大腸憩室 d. 炎症性疾患 e. その他( ) 3. 未受診		
2. 今までにかかった消化器の病気		1. ない 2. ある } ⇒ 病名: a. 大腸がん b. 大腸ポリープ c. 痔 d. その他( ) 3. 治療中 } いつ頃:( )年 病院名:( ) 手術:(有・無)			
3. 現在の痔の有無		1. ない 2. ある			
4. 最近半年以内の血便の有無		1. ない 2. ある			
5. 血族の大腸がん		1. ない 2. ある (a. 祖父母 b. 父母 c. 兄弟姉妹 d. 子 e. その他( ))			
6. 現在の症状	便の状態	1. 普通 2. 異常 (a. 便柱が細くなった b. 便に粘液・血液がつく c. その他( ))			
	便通	1. 普通 2. 異常 (a. 便秘 b. 下痢 c. 便秘と下痢をくり返す d. 残便感)			
	腹痛	1. ない 2. ある { a. 毎日 b. 時々 c. まれに I. 排便時 II. 食後 III. 空腹時 IV. その他( )			
7. ここ1年間の体重減少		1. ない 2. ある ( )kg			
8. (女性の方)生理中ですか。		1. いいえ 2. はい			

②精密医療機関

採便日	1回目	月 日	2回目	月 日	採便数	本	検体No.	
検査結果	1回目便潜血反応				1. 陰性 2. 陽性		総合判定	1. 精密検査不要 2. 精密検査必要(がん疑い)
	2回目便潜血反応				1. 陰性 2. 陽性			
	ハイリスク症状				1. 無し 2. 有り			

受託実施機関名 (電話)

大腸がん検診票

令和 年 月 日

氏名	フリガナ	性別	男・女	生年月日	大正 年 月 日 昭和 ( ) 歳
住所	〒 - 別府市			電話番号	- -

③医療機関控

1. 大腸がん検診を受けたことがありますか。 (上記で「2. ある」と回答された方に伺います。)	1. ない 2. ある
検査結果(最終年の結果)は? (上記で「2. 要精密検査」と回答された方に伺います。)	最終受診年月 : 年 月 検査結果 : 1. 異常なし 2. 要精密検査
精密検査の結果は?	精密受診年月 : 年 月 精密検査結果 : 1. 異常なし 2. 異常あり a. 大腸がん b. 大腸ポリープ c. 大腸憩室 d. 炎症性疾患 e. その他( ) 3. 未受診

2. 今までにかかった消化器の病気	1. ない 2. ある 3. 治療中 } ⇒ 病名: a. 大腸がん b. 大腸ポリープ c. 痔 d. その他( ) いつ頃:( )年 病院名:( ) 手術:(有・無)
-------------------	--

3. 現在の痔の有無	1. ない 2. ある
------------	-------------

4. 最近半年以内の血便の有無	1. ない 2. ある
-----------------	-------------

5. 血族の大腸がん	1. ない 2. ある (a. 祖父母 b. 父母 c. 兄弟姉妹 d. 子 e. その他( ))
------------	---

6. 現在の症状	便の状態	1. 普通 2. 異常 (a. 便柱が細くなった b. 便に粘液・血液がつく c. その他( ))
	便通	1. 普通 2. 異常 (a. 便秘 b. 下痢 c. 便秘と下痢をくり返す d. 残便感)
	腹痛	1. ない 2. ある { a. 毎日 b. 時々 c. まれに I. 排便時 II. 食後 III. 空腹時 IV. その他( )

7. ここ1年間の体重減少	1. ない 2. ある ( )kg
---------------	-------------------

8. (女性の方)生理中ですか。	1. いいえ 2. はい
------------------	--------------

採便日	1回目 月 日	2回目 月 日	採便数	本	検体No.	
検査結果	1回目便潜血反応		1. 陰性 2. 陽性		総合判定	1. 精密検査不要 2. 精密検査必要(がん疑い)
	2回目便潜血反応		1. 陰性 2. 陽性			
	ハイリスク症状		1. 無し 2. 有り			

受託実施機関名 (電話)

様式 8 号

令和 年 月 日

様

実施機関

### 大腸がん検診結果のお知らせ

あなたが、令和 年 月 日に受けた大腸がん検診の結果、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。これからも自分の健康を守るため、年に一回の検診をお受けください。

様式 6 号

令和 年 月 日

様

実施機関

### 大腸がん検診結果通知書

令和 年 月 日あなたが受けた大腸がん検診の結果、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）精密検査を受けるようお勧めいたします。

#### 記

- 1 保険診療になりますので、健康保険証をお持ちください
- 2 精密検査を受ける際は、大腸がん精密検査医療機関宛ての封書を医師に必ずお渡しください
- 3 裏面の精密医療機関を受診する場合は、必ず事前にお問合わせの上、受診してください

※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。

# 【令和7年度 大腸がん検診精密検査指定医療機関】

医療機関名	電話番号	外来日	受付時間	受付場所 予約
あべ消化器・内科クリニック	27-5055	月～金	9:00～12:00 14:00～17:00	受付
		土	9:00～12:00	
石垣病院	66-7557	月～金	8:30～12:00 13:00～17:30	外来受付 【要予約】
石川胃腸科医院	21-5959	月・火・木・金	9:00～13:00 14:00～18:00	受付
		水・土	9:00～13:00	
内田病院	21-1341	月・金	8:30～11:30	外来受付
		火・水・木・土	8:30～11:30 13:00～17:00	
おおさわクリニック	27-0030	月・木	9:00～12:30 14:00～16:00	受付
		金	9:00～11:00 14:00～16:00	
		火・水・土	9:00～12:00	
久保おなか・おしりクリニック	23-2211	月・火・木・金	9:00～11:00 15:00～17:00	受付
		水	9:00～12:00	
		土	9:00～11:00 14:00～15:00	
久保田クリニック	25-6363	月～土	8:30～11:30	受付 【要予約】
黒木記念病院	67-1211	月・水・木	9:00～11:00	外来受付 【要予約】
荘園内科クリニック	27-3800	月・火・木・金	9:00～12:00 15:00～17:45	受付 【要予約】 ※ネットからは 24時間予約可能
		水・土	9:00～12:00	
つねとみ内科胃腸科クリニック	67-3600	月・火・木・金	9:00～18:00	受付 【要予約】
中村病院	23-3121	月～金	9:00～11:00	受付 【要予約】
別府駅ゆのまち内科・胃と腸クリニック	76-8500	月・火・木・金	9:00～12:00 15:00～17:00	受付 【要予約】 ※ネットからは 24時間予約可能
		土	9:00～12:00 14:00～16:00	
別府中央病院	24-0001	月～金	8:30～11:30 13:30～16:30	受付 【要予約】
村橋病院	23-3231	月・木	※要予約	受付 【要予約】
餅ヶ浜医院	23-5365	火・水・金・土	9:00～17:00	受付 【要予約】
国立病院機構 別府医療センター	67-1111	月～金	8:30～11:00	外来受付 【要予約】
大分県厚生連鶴見病院	23-7111	月～金	8:30～11:00	総合受付 【要予約】
新別府病院	22-0391	月～金	8:30～11:00	医事課受付
九州大学病院別府病院	27-1600	月・水・金	8:30～11:00	患者サービス係 【要予約】

様式 7 号

令和 年 月 日

精密検査実施医療機関 殿  
担当医 殿

実施機関

### 大腸がん検診精密検査依頼書

令和 年 月 日実施の大腸がん検診の結果、別紙『大腸がん検診票』（様式 1 号）記載の所見がありましたので、貴院にて精密検査を実施していただきますようお願いいたします。

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、『大腸がん精密検査結果通知書』（様式 5 号）にご記入の上、下記に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

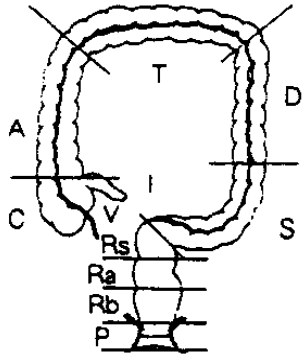
別府市いきいき健康推進課 成人保健係

電話：0977-21-2188



大腸がん精密検査結果通知書

別府市長宛

氏名	ふりがな	男・女	大正・昭和	年 月 日 (満 歳)
住所	(〒 - ) 別府市 (電話 )			
検 査 方 法				
1. 注腸X線検査	盲 腸	病変部位に印をつけてください		
2. 大腸内視鏡検査	上行結腸			
3. 生検	横行結腸			
4. 内視鏡的粘膜切除	下行結腸			
	S状結腸			
5. その他	直腸			
	その他			
診 断 名		病理組織診断 (生検または切除を行った場合)		
1. 異常なし				
2. 大腸がん (粘膜内がん・進行がん) 肉眼分類				
<input type="checkbox"/> がんであった者のうち原発性のがん <input type="checkbox"/> 原発性のがんのうち早期がん <input type="checkbox"/> 早期がんのうち粘膜内がん		今後の指導区分		
3. 大腸がん疑い		1. 異常なし		
4. ポリープ 大きさ: ( ) mm ①生検 ②内視鏡的切除 ③無処置		2. 所見あるが、治療の必要なし		
5. 炎症性疾患 ( )		3. 経過観察 ( ) カ月後		
6. 痔核		4. 要治療 ①内視鏡的切除 ②外科手術 ③その他		
7. その他 ( )		5. その他		
精検に伴う偶発性の有無		精密実施医療機関名		
無		実施日: 令和 年 月 日		
有・・・ (入院加療を要するもの・死亡)				

# 大腸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・免疫便潜血検査（2日法）

## (3) 対象者

40歳以上

### 受託実施機関（第一次）

#### 内容

大腸がん検診票（様式1号）交付  
自己負担金徴収（免除者は証明必要）  
問診のうえ、検診実施

～免疫便潜血検査（2日法）

回収

報告

別府市医師会  
地域保健センター

### 精密検査不要

大腸がん検診結果の  
お知らせ（様式8号）  
を封書にて郵送する。

### 精密検査必要（がん疑い）

- ◆ 大腸がん検診結果通知書（様式6号）にて通知（検診者来院）  
（以下の書類を密封して同時交付）
- ◆ 大腸がん検診精密検査依頼書（様式7号）
- ◆ 大腸がん検診票（様式1-2号）
- ◆ 大腸がん精密検査結果通知（様式5号）※氏名、住所、生年月日を記入
- ◆ 返信用封筒（切手貼付）

### 精密実施機関（第二次）

検診実施、様式5号を別府市に返送

### ハイリスク症状

受診勧奨を行う

精検未受診者へ  
受診勧奨

### 別 府 市

受託医療機関（第一次）に二次検診結果を報告様式5号  
は別府市で保管

支払い

### 別府市医師会

検診料の請求  
（各月ごとに翌月10日まで）

検診料の請求

## 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大腸がん検診票（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・1-2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・前立腺がん検診料請求内訳（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。

# 大腸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 部 第 一 医 院	23-3345	上 野 口 町
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
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
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
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
藤 吉 乳 腺 ク リ ニ ッ ク	75-6029	東 荘 園
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 中 央 病 院	24-0001	北 的 ケ 浜 町

医 療 機 関 名	TEL	住 所
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

## 令和7年度大腸がん検診の検査依頼方法

### (1) 大腸がん検査（便潜血検査）

- ① ヒトヘモグロビン（潜血1）
- ② ヒトヘモグロビン（潜血2）

料金 各165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G:「ダイチョウガン1」及びH:「ダイチョウガン2」にチェックをして下さい。

**採便容器2本提出の場合は、院内専用セット欄のH:「ダイチョウガン2」へチェック**

**採便容器1本目を提出する場合は、院内専用セット欄のG:「ダイチョウガン1」へチェック**  
とご記入して下さい。但し、1日に便検査を実施した方が多数いた場合は、連名簿となっているのですが、採便容器2本提出した方用と採便容器1本提出した方用と2枚の同一検査一覧依頼書用紙が必要となります。

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

BML社へFAXにて発注していただく必要があります。

発注にあたっては、BML大分営業所（0977-43-1266）へお問合せください。

### 記入例：採便容器2本提出の場合

院内専用セットの  
G「ダイチョウガン1」 or H「ダイチョウガン2」  
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。

院内専用セット	A 9911 トクテイケンシン	F 9916 カンエンケンシン
B 9912	G 9917 ダイチョウガン1	
C 9913	H 9918 ダイチョウガン2	
D 9914	I 9919 センリツケンシン	
E 9915	J 9920	

氏名・性別・年齢を記入  
その日の2本提出者が多数  
いた場合は続けて下の欄へ  
ご記入下さい。

同一依頼項目	項目名	項目名	項目名	項目名
選択項目	No.1 09921 両耳モンケツ	No.3	No.4	
No.2 09922 アルブミン				
No.1	BML管理欄(この欄は記入しないでください)	ヘッパ タロウ	男	76
No.2	BML管理欄(この欄は記入しないでください)	ヘッパ ジロウ	男	76

※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、通常検査依頼時に使用されています

「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。