

# 肝炎ウイルス検診

令和8年度実施マニュアル

別府市医師会

## 令和 8 年度肝炎ウイルス検診実施要領

### 1. 目的

肝炎ウイルスに関する正しい知識を普及させるとともに、住民が自身の肝炎ウイルス感染の状況を認識し、必要に応じて保健指導等を受け、医療機関に受診する事により、肝炎による健康障害を回避し、症状を軽減し、進行を遅延させる事を目的とする。

### 2. 対象者

下記どちらかの条件に該当する者とする。

①別府市に住民票を有する満 40 歳以上の者で、過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない者。

②別府市健康推進課より特別に依頼のあった者(配偶者暴力防止法に該当する者)

※特定健康診査及びそれに相当する健康診断において、肝機能検査の数値に異常がみられた者で、本検診の受診を希望する者については、過去に当該肝炎ウイルス検診を受けた者であっても受診することができるが、原則として速やかに医療機関での受診を勧奨するものとする。

3. 実施期間 令和 8 年 4 月 1 日から令和 9 年 3 月 31 日までとする。

4. 検診回数 同人物について 1 回行なうものとする

### 5. 検診料自己負担金

(単位：円)

| 検 診 内 容         | 自己負担金 |
|-----------------|-------|
| 基本型 (C 型 + B 型) | 1,000 |

検診委託料(税込)は、1 件につき 4,840 円と通信費 110 円を合わせた額の 4,950 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 32 年 3 月 31 日以前の生まれ)の者

【確認書類】

年齢を確認できるもの

【請求時提出書類】

不要

(2) 生活保護法による被保護世帯に属している者

【確認書類】

診療依頼証

【請求時提出書類】

診療依頼証（コピー）

※不提示の場合は「同意書（がん検診等・生活習慣病健診）」を記載してもらい、請求書に添付する。

（３）市民税非課税世帯に属している者

【確認書類】

①所得・税額証明書

②配偶者暴力防止法に該当し、所得・税額証明書の取得が困難な者については、配偶者からの暴力の被害者の保護に関する証明書または母子支援施設等の所在証明書

【請求時提出書類】

①所得・税額証明書（原本）

※同一月内で複数のがん検診を受診した場合は１枚で可。

※新年度様式が発行された後（例年６月初旬）は、そちらを使用すること。

旧様式は６月末までの使用とする。

②不要

※対象となる者は事前に市健康推進課に【確認書類】に記載の証明書の提出が必要。

（４）６５歳から６９歳（年度内に到達する者を含む）で特定の障がい等による後期高齢者医療被保険者

【確認書類】

資格確認証または資格情報のお知らせ

【請求時提出書類】

資格確認証または資格情報のお知らせ（コピー）

（５）令和８年１月１日時点で海外に居住しているもの（国内に住民登録が無いもの）

【確認書類】

別府市がん検診等自己負担免除証明書

【請求時提出書類】

不要

※対象となる者は事前に市健康推進課にて「別府市がん検診等自己負担免除申請書」の提出が必要。

６．検診の項目

問診、Ｃ型肝炎ウイルス検査、Ｂ型肝炎ウイルス検査

（１）問診

過去に肝機能異常が指摘された事があるか否か、広範な外科的処置を受けたこ

とがあるか否かまた妊娠・分娩時に多量出血したことがあるか否か、ある場合は定期的に肝機能検査を受けているか否か、現在C型およびB型肝炎の治療を受けているか否かなどについて聴取する。

その際、肝炎ウイルス検診についての説明を行ない、肝炎ウイルス検診の実施について受診者本人の同意を書面で必ず得ること。

## (2) C型肝炎ウイルス検査

### ア HCV抗体検査

HCV抗体価をウイルスの有無を判定するための高力価群、中力価群、低力価群に適切に分類することのできる測定系を用いること。

### イ HCV核酸増幅検査

HCV抗体検査の結果が中力価及び低力価を示す場合に行うこと。また、核酸増幅検査は定性的な判断のできる検査方法を用いること。なお、この場合、他の採血管とは別に核酸増幅検査用の採血管を使用すること

## (3) B型肝炎ウイルス検査

### HBs抗原検査（定量）

凝集法等による定性的な判断のできる検査方法を用いること。但し、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

## 7. 実施の方法

- 1) 実施医療機関（別紙1）は、肝炎ウイルス検診の説明を行う。
- 2) 実施医療機関は問診票の記載事項について確認をし、検診の実施について本人の承諾を必ず書面で取る。
- 3) 本人の希望により、肝炎ウイルス検診を実施する。

## 8. 肝炎ウイルス検診の結果の判定

### (1) C型肝炎ウイルス検査

#### ①HCV抗体高力価

検査結果が、高力価を示す場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定<判定①>

#### ②HCV抗体中力価及び低力価

検査結果が中力価及び低力価を示す場合は、定性的な判断のできる核酸増幅検査を行い、HCV-RNAの検出を行い、検出された場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定<判定②>、検出されな

い場合は「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定＜判定③＞。

### ③陰 性

各検査法でスクリーニングレベル以下を示す場合は、「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定＜判定④＞

## (2) B型肝炎ウイルス検査（HBs抗原検査（定量））

凝集法等を用いて、HBs抗原の検出を行い、定量値により「陽性」又は「陰性」の別を判定。

但し、HBs抗原検査は、B型肝炎ウイルスの感染の有無を直接判定することが難しい場合があることに留意すること。

なお、いずれの検査についても、その結果の判定にあたっては、検診に携わる医師によって行われるものであること。

## 9. 事後指導

C型肝炎ウイルス検査において「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定された者及びHBs抗原検査において「陽性」と判定された者については、医療機関への受診を勧奨する。（指定医療機関は様式5号参照）

なお、特定健診等の結果等を合わせて統合的に勘定し、医師が必要と判断した者については、必要な指導あるいは医療機関への受診勧奨を行う。

## 10. 受診者への結果通知

検診の結果については、実施医療機関は下記を参考として指導区分を付し、受診者へ速やかに通知する。

|           |                                    |  |
|-----------|------------------------------------|--|
| 受診者に対する通知 | B型肝炎：陰性<br>C型肝炎：③④                 | 肝炎ウイルス検診票（様式1-3号）により封書にて郵送する。  |
|           | B型肝炎：陽性<br>C型肝炎：①②<br>（どちらか一方でも該当） | 保健指導を充分行ない、肝炎ウイルス検診票（様式1-3号）、肝炎ウイルス検査結果通知書（様式5号）により通知し、医療機関への受診勧奨を行なう。 |

## 11. 委託料の請求

実施医療機関は、検診料より自己負担金を差引いた額を毎月単位に算出し、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または同意書（がん検診等・

生活習慣病健診)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）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、資格確認書／資格情報のお知らせのいずれか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業務完了届をするとともに、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 肝炎ウイルス検診票（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）

12. 実施期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日までとする。

附 則

この要領は、令和8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3,730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4,730円が支払われる。

令和8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8年4月1日～令和9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<br>(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                          |
|               | 心電図※・貧血検査※・眼底検査※<br>※条件該当者<br>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                         |
|               | 血清アルブミン  | 75歳以上                          |
| 結核健診<br>肺がん検診 | 胸のエックス線撮影  | 40歳以上<br>※65歳以上は結核健診を兼ねる       |
| 大腸がん検診        | 便潜血検査  | 40歳以上                          |
| 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(乳房エックス線撮影)<br>40～49歳は2方向撮影、50歳以上は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      | 骨量測定   | 40・45・50・55・60・<br>65・70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・暮らし支援課 0977-21-1113

# 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

OHC 健診予約

検索



★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



★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。

★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

厚生連 健診予約

検索



★当日、医師・保健師より結果の説明をさせていただきます。

★乳がん検診は女性技師が対応します。

★4月～6月中旬に受診の方は指定のオプション検査を無料で受けることができます。

詳しくは当センターへお問い合わせください。

★特定健診とがん検診を申し込むと管理栄養士監修の昼食が付きま。

## 令和8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 |

| 骨粗しょう症検診 |   |   |   |
|----------|---|---|---|
| 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 |

肝炎ウイルス検診票

令和      年      月      日

|   |                   |   |     |      |          |          |   |   |      |
|---|-------------------|---|-----|------|----------|----------|---|---|------|
| 氏名  | フリガナ              | 性別  | 男・女 | 生年月日 | 大正       | 年        | 月 | 日 | ①別府市 |
|   | 昭和                |   |     |      | (      ) | 歳        |   |   |      |
| 住所  | 〒      -      別府市 |   |     |      | 電話番号     | -      - |   |   |      |
| 1. 今までに肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。  |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ               |     |      |          |          |   |   |      |
| 2. 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。   |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ               |     |      |          |          |   |   |      |
| 3. (女性のみ)妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。  |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ               |     |      |          |          |   |   |      |
| 4. 定期的に肝機能検査を受けていますか。   |                   | 1. はい      2. いいえ                         |     |      |          |          |   |   |      |
| 5. これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。   |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ      3. わからない |     |      |          |          |   |   |      |
| 6. 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。  |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ      3. わからない |     |      |          |          |   |   |      |
| 7. これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。   |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ      3. わからない |     |      |          |          |   |   |      |
| 8. 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。  |                   | 1. はい(      年頃)      2. いいえ      3. わからない |     |      |          |          |   |   |      |
| 9. 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。<br>希望する ・ 希望しない      氏名 _____ (自署してください) |                   |   |     |      |          |          |   |   |      |

肝炎ウイルス検診結果

|                      |      |  |   |   |   |
|----------------------|------|--|---|---|---|
| B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査) |      | 陽性 ・ 陰性  |   |   |   |
| C型肝炎ウイルス検査           | 判定結果 | 1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。<br>2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。 |   |   |   |
|                      | 判定理由 | ①  | ② | ③ | ④ |

受託実施機関名 (電話)

肝炎ウイルス検診票

令和 年 月 日

|  |         |                            |     |      |       |       |      |
|--|---------|----------------------------|-----|------|-------|-------|------|
| 氏名   | フリガナ    | 性別                         | 男・女 | 生年月日 | 大正 昭和 | 年 月 日 | ( )歳 |
| 住所   | 〒 - 別府市 |                            |     |      | 電話番号  | - -   |      |
| 1. 今までに肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。                                   |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ          |     |      |       |       |      |
| 2. 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。  |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ          |     |      |       |       |      |
| 3. (女性のみ)妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。   |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ          |     |      |       |       |      |
| 4. 定期的に肝機能検査を受けていますか。  |         | 1. はい 2. いいえ               |     |      |       |       |      |
| 5. これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ 3. わからない |     |      |       |       |      |
| 6. 現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。   |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ 3. わからない |     |      |       |       |      |
| 7. これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。  |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ 3. わからない |     |      |       |       |      |
| 8. 現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。   |         | 1. はい( 年頃) 2. いいえ 3. わからない |     |      |       |       |      |
| 9. 肝炎ウイルス検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。<br>希望する ・ 希望しない 氏名 (自署してください) |         |                            |     |      |       |       |      |

②医療機関控

肝炎ウイルス検診結果

|                      |      |  |   |   |   |
|----------------------|------|--|---|---|---|
| B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査) |      | 陽性 ・ 陰性  |   |   |   |
| C型肝炎ウイルス検査           | 判定結果 | 1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。<br>2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。 |   |   |   |
|                      | 判定理由 | ①  | ② | ③ | ④ |

受託実施機関名 (電話)

肝炎ウイルス検診票

令和 年 月 日

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

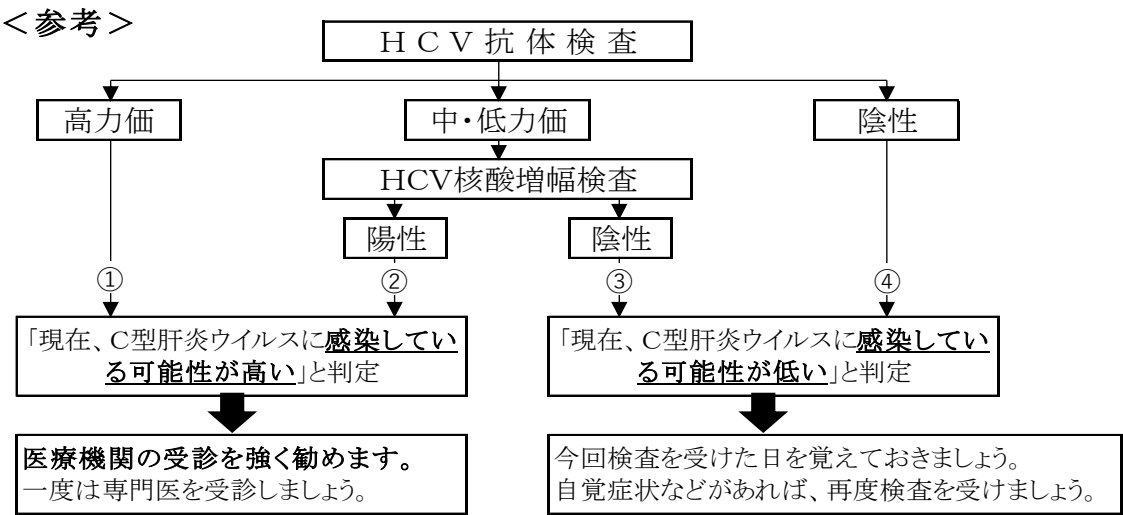
③受診者

【B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査) 判定結果】

- 陰性** ➡ 今回検査を受けた日を覚えておきましょう。自覚症状などがあれば、再度検査を受けましょう。
- 陽性** ➡ 医療機関の受診を強く勧めます。一度は専門医を受診しましょう。

【C型肝炎ウイルス検査 判定結果】

1. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い」と判定されました。 判定理由 ① ②
2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定されました。 判定理由 ③ ④



HBs抗原検査が陰性となった場合にも、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合等には、必ず医師に相談してください。

また、日常生活の場では、C型肝炎ウイルス(HCV)に感染することはほとんどないことがわかっています。従って、毎年くり返してC型肝炎ウイルス検査を受けなくても、現在のところは上図に示す手順を踏んだ検査を1回受ければよいとされています。

なお、2. 「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」と判定された場合でも、C型肝炎ウイルス(HCV)以外の原因による肝炎になる可能性があること、検査後新たにC型肝炎ウイルス(HCV)に感染する場合(極めて稀とされています)があること、検査による判定には限界があることなどもありますので、身体のだるさ等の症状や肝機能異常を指摘された場合等には、必ず医師に相談してください。

肝炎ウイルス検診結果

| B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査) |      | 陽性 ・ 陰性  |   |   |   |
|----------------------|------|--|---|---|---|
| C型肝炎ウイルス検査           | 判定結果 | 1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。<br>2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。 |   |   |   |
|                      | 判定理由 | ①  | ② | ③ | ④ |

受託実施機関名 (電話)

様

実施機関

## 肝炎ウイルス検査結果通知書

令和 年 月 日あなたが受けた肝炎ウイルス検査の結果、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。

なお、初回の精密検査に係る費用が助成されます。詳しくは「大分県肝炎ウイルス初回精密検査費用助成のご案内」をご参照ください。

## 記

- 1 次の精密医療機関を受診する場合は、必ず事前にお問い合わせの上、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    |
|--------------------------|---------|-------|-------------------|---------|
| 独立行政法人国立病院機構<br>別府医療センター | 67-1111 | 月～金   | 8:30～11:00<br>要予約 | 外来受付    |
| 大分県厚生連鶴見病院               | 23-7111 | 月～金   | 8:30～11:00<br>要予約 | 総合受付    |
| 新別府病院                    | 22-0391 | 月～金   | 8:30～11:00<br>要予約 | 医事課受付   |
| 九州大学病院 別府病院              | 27-1600 | 月・水・金 | 8:30～11:00<br>要予約 | 患者サービス係 |

R8. 1 月時点

# 肝炎ウイルス検診フローチャート

## (1) 方法

別府市医師会委託  
特定健診等（個別・別府市健診センター検診）にて  
あわせて実施

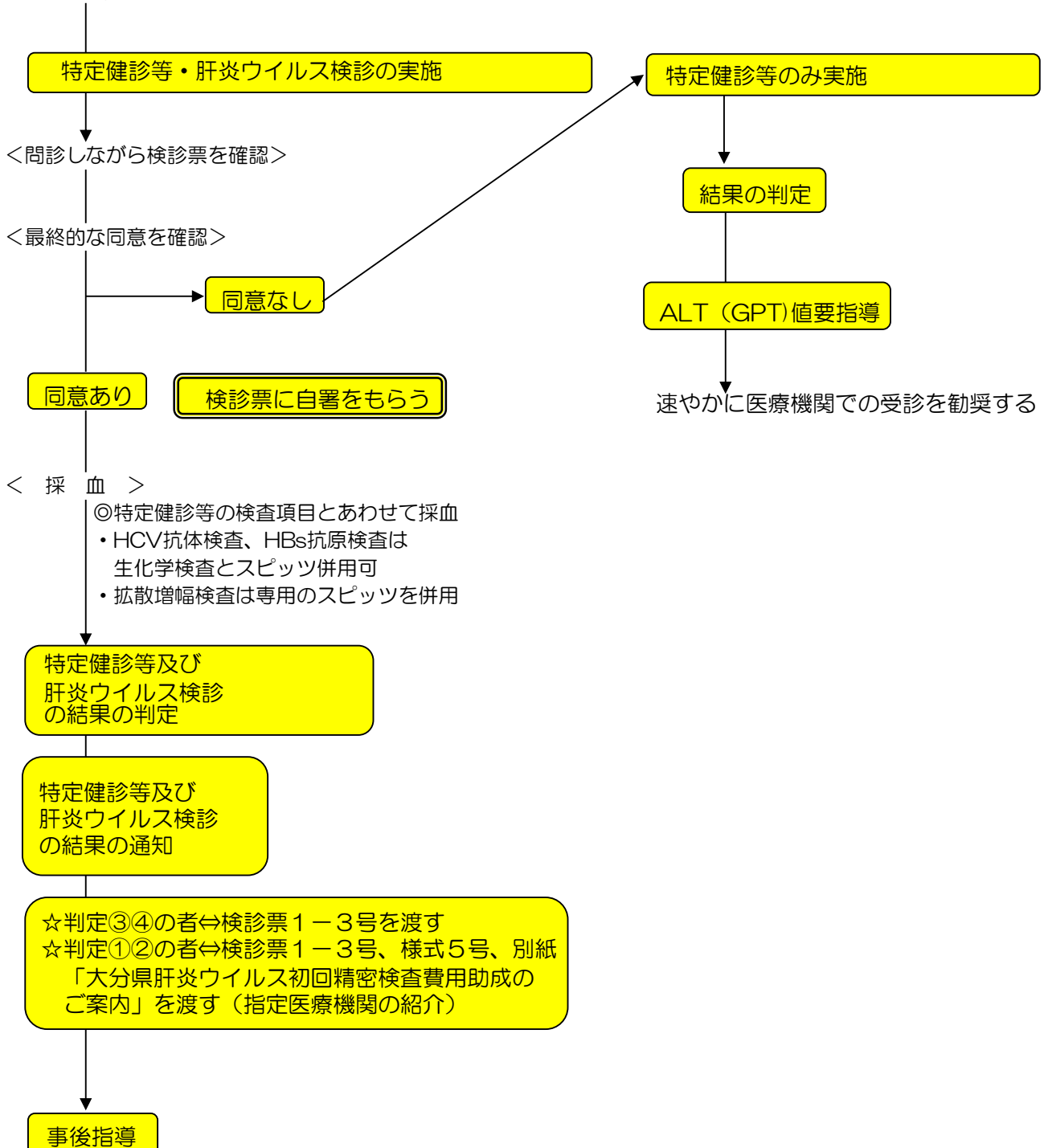
### 【肝炎ウイルス検診の対象外条件】

1. 過去に肝炎ウイルス検診を受診したことがある者
2. C型肝炎もしくはB型肝炎で現在医療機関通院中もしくは経過観察中

## (2) 対象者

- ①別府市内に住民票を有する当該年度において40歳となる者
- ②別府市に住民票を有する満40歳以上の者で、過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない者

＜対象者①に特定健診等実施時にパンフレットを用いて説明＞



# 肝炎ウイルス検診 実施医療機関

| 医 療 機 関 名         | TEL     | 住 所          | 医 療 機 関 名                           | TEL     | 住 所         |
|-------------------|---------|--------------|-------------------------------------|---------|-------------|
| 明 石 M ク リ ニ ッ ク   | 76-5270 | 御 幸          | つねとみ内科胃腸科クリニック                      | 67-3600 | 中 須 賀 本 町   |
| あべ消化器・内科クリニック     | 27-5055 | 新 別 府 町      | 局 医 院                               | 21-1947 | 南 莊 園 町     |
| 安 部 第 一 医 院       | 23-3345 | 上 野 口 町      | 中 村 た か ク リ ニ ッ ク                   | 26-2220 | 新 港 町       |
| 安 倍 内 科 医 院       | 66-6780 | 火 売          | 中 村 病 院                             | 23-3121 | 秋 葉 町       |
| ア ロ ハ ク リ ニ ッ ク   | 26-2366 | 鶴 見          | 鳴 海 ク リ ニ ッ ク                       | 23-5841 | 楠 町         |
| 石 垣 病 院           | 66-7557 | 実 相 寺 町      | 畑 病 院                               | 21-1371 | 中 島 町       |
| 石 川 胃 腸 科 医 院     | 21-5959 | 東 莊 園        | 馬 場 医 院                             | 23-2833 | 南 立 石 公 園 町 |
| う ち く ら 内 科       | 21-5750 | 馬 場          | 浜 脇 記 念 病 院                         | 22-2228 | 浜 脇 1 丁 目   |
| 内 田 病 院           | 21-1341 | 末 広 町        | 原 嶋 内 科 医 院                         | 23-5261 | 莊 園         |
| お お さ わ ク リ ニ ッ ク | 27-0030 | 富 士 見 町      | 飛 田 内 科 外 科 ク リ ニ ッ ク               | 27-2000 | 扇 山         |
| 岡 嶋 医 院           | 22-0774 | 元 町          | ヒ ロ セ 内 科 医 院                       | 21-3030 | 駅 前 本 町     |
| 垣 迫 内 科 医 院       | 23-8131 | 松 原 町        | 福 田 内 科 医 院                         | 25-2250 | 石 垣 東 3 丁 目 |
| 北 崎 医 院           | 22-8171 | 青 山 町        | 藤 吉 乳 腺 ク リ ニ ッ ク                   | 75-6029 | 東 莊 園       |
| 木 下 医 院           | 24-1849 | 上 田 の 湯 町    | 別 府 駅 前 ク リ ニ ッ ク                   | 25-3030 | 北 浜 1 丁 目   |
| 清 瀬 病 院           | 25-1555 | 野 口 中 町      | 別 府 駅 ゆ の ま ち 内 科 ・ 胃 と 腸 ク リ ニ ッ ク | 76-8500 | 駅 前 町       |
| 久保おなか・おしりクリニック    | 23-2211 | 石 垣 東 3 丁 目  | 別 府 中 央 病 院                         | 24-0001 | 北 的 ケ 浜 町   |
| 久 保 田 ク リ ニ ッ ク   | 25-6363 | 石 垣 東 10 丁 目 | 別 府 ト キ ハ ク リ ニ ッ ク                 | 75-8878 | 北 浜 2 丁 目   |
| 黒 木 記 念 病 院       | 67-1211 | 照 波 園 町      | 堀 循 環 器 科 内 科 ク リ ニ ッ ク             | 27-6786 | 亀 川 浜 田 町   |
| 古城循環器クリニック        | 25-3811 | 石 垣 東 6 丁 目  | 宮 崎 ク リ ニ ッ ク                       | 66-0022 | 亀 川 東 町     |
| こだま脳神経外科クリニック     | 22-0272 | 石 垣 東 8 丁 目  | ミ ヨ シ 医 院                           | 25-2727 | 石 垣 西 2 丁 目 |
| 児 玉 病 院           | 67-1611 | 亀 川 四 の 湯 町  | 村 上 脳 神 経 内 科 ク リ ニ ッ ク             | 26-1717 | 山 の 手 町     |
| さ か い 内 科 医 院     | 25-0552 | 大 畑 町        | 村 橋 病 院                             | 23-3231 | 千 代 町       |
| しもやま内科・循環器内科クリニック | 24-0101 | 南 莊 園 町      | 餅 ケ 浜 医 院                           | 23-5365 | 餅 ケ 浜 町     |
| 新 森 内 科 ク リ ニ ッ ク | 25-5261 | 石 垣 東 5 丁 目  | 横 井 内 科 ク リ ニ ッ ク                   | 26-6111 | 鶴 見 園 町     |
| 末 宗 内 科 医 院       | 22-1824 | 上 田 の 湯 町    | 吉 賀 循 環 器 内 科                       | 66-0115 | 鉄 輪         |
| 莊 園 内 科 ク リ ニ ッ ク | 27-3800 | 東 莊 園        | 吉 武 内 科 医 院                         | 21-5755 | 扇 山         |
| 武 井 医 院           | 24-3411 | 幸 町          | 渡 邊 医 院                             | 23-0564 | 光 町         |
| 千 馬 内 科 医 院       | 21-0715 | 楠 町          | 渡 部 内 科 循 環 器 科 ク リ ニ ッ ク           | 23-5800 | 末 広 町       |

