

令和3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。(1袋2本セット:150円(税別))

発注にあたっては、別府市医師会ホームページ→医師の方へ→トピックス→今後の業務委託の流れについて→個別説明資料→検査依頼に関わる依頼書サンプル・様式→“容器・依頼書発注一覧”(PDF形式またはxlsx形式)の様式をご利用ください。

記入例：採便容器2本提出の場合

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	F 9916	カンエンケンシ
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	セリツセンカ
E 9915		J 9920	

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

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。

※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。