

別紙3-1

A 胃がん検診(X線検査用)問診票

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。
 ※前年度、胃がん検診(内視鏡検査)を受診された方は、今年度、胃がん検診(X線検査)を受診することができません。

胃がん検診受診券貼付箇所

胃の病気の経験	1 なし	2 胃下垂	3 慢性胃炎	4 胃潰瘍	5 十二指腸潰瘍	
	6 胃がん	7 胃ポリープ	8 その他	現在・()歳頃		
既往手術	1 なし	2 胃潰瘍	3 十二指腸潰瘍	4 胃がん	5 胃ポリープ	6 その他
	()歳頃					
自覚症状	体がだるい	1 なし	2 あり			
	腹部不快感	1 なし	2 あり			
	体重増減	1 なし	2 やせた	3 ふとった		
	胸やけ	1 なし	2 あり			
	食欲	1 なし	2 あり			
	げっぷ	1 なし	2 あり			
	飲み込み困難	1 なし	2 あり			
	吐き気	1 なし	2 あり			
上腹痛	1 なし	2 食後	3 空腹時			
	吐くこと	1 なし	2 あり			
家族歴(血縁者)	胃がん	1 なし	2 あり(父・母・祖父母・兄弟姉妹・子供)			
	他のがん	1 なし	2 あり(子宮、乳、肺、その他:)			

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

- ① 一般
- ② 免 除 書 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
- ③ 除 書 70歳以上の方であることの証明書
- ④ 書 類 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
- ⑤ 類 市民税非課税世帯であることの証明書

請求用

胃がん検診(X線検査用)結果票(B)

※受診者本人が、次の住所・氏名等欄にボールペンで記入してください。
 ※医療機関の方は、この所は必ず記入してください。

氏名	カナ ⑥	漢字	生年月日	大・昭	⑩	男・女	
住所	〒 広島市 区 町 丁目 番 号 TEL			番地 -			
⑪ 胃がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1.ない 2.ある							
受診券番号				← 受診券を忘れた場合のみ記入			
所見の現出部位	レリーフ	腹臥位	背臥位	背臥第一斜位	背臥第二斜位	立位正面	立位第一斜位
部位	1 噴門部		2 体部		3 胃角部		4 前庭部
	5 幽門部		6 球部		7 その他()		
所見	1 小彎		2 大彎		3 前壁		4 後壁
	1 異常なし 2 ニッシェ 3 欠損様 4 フレック 5 小彎短縮 6 胃角哆開 7 彎入 8 辺縁不整 9 辺縁硬化 10 レリーフ集中 11 レリーフ乱れ 12 粗大レリーフ 13 十二指腸球部変形 14 球部充盈不良 15 その他()						
判定	1 異常なし 2 経過観察 3 要精検 4 その他()						備考
精検	1 胃がん疑いで要 2 否[特記事項]() 3 胃がん以外の疑いで要						
健康手帳	1 交付		2 再交付		3 交付済み		
令和 年 月 日	上記のとおり実施しました。			⑬ 医療機関コード(7ケタ)を記入			

医療機関所在地
 名称
 氏名(管理者)

※「胃がん疑いで要精検」となった方については、「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
 受診者への結果の通知(連絡) [1 通知済み(R 年 月 日) 2 次回受診時に通知]

子宮頸がん検診問診票

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。
子宮頸がん検診は2年に1回です。

- 妊娠・分娩回数を記入してください。
 - 妊娠回数 () 回
 - 分娩回数 () 回
- 月経について記入してください。
 - 閉経 ① () 歳頃
② 否
(ア)最近の月経 () 月 () 日 ~ () 日間
(イ)周期 () 日、規則性 (整、不整)、持続 () 日
- 今までに子宮頸部又は体部の病気をしたことがありますか。
 - なし
 - あり (病名 _____ いつ頃 _____)
- 今までにホルモン剤の使用がありますか。
 - なし
 - あり (種類 _____ 期間 _____ 年間位)
- 最近6か月以内に不正性器出血がありましたか。
 - なし
 - あり (ア 少量 イ 多量 ウ 接触後鮮血 エ うすい血)
- 最近、気になる症状がありましたか。
 - なし
 - あり (_____)

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

⑧ 子宮頸がん検診受診券又は
⑩ 子宮頸がん検診無料クーポン券貼付箇所

- ① 一般
② 無料クーポン
③ 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
④ 70歳以上の方であることの証明書
⑤ 被保護者証明書 (夜間・休日等受診用)
⑥ 市民税非課税世帯であることの証明書

請求用

子宮頸がん検診結果票 (B)

※受診者本人が次の住所・氏名等欄にボールペンで記入してください。
※医療機関の方は _____ の所は必ず記入してください。

氏名	カナ ㉞	生年月日	大・昭・平			歳
	漢字		年	月	日	
住所	〒 広島市 _____ 区 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 番地				TEL _____	
⑪ 子宮頸がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある						
受診券番号					←受診券を忘れた場合のみ記入	

⑮ 頸部細胞診	ベセスダ分類	1 陰性(NILM) 2 ASC-US 3 ASC-H 4 LSIL 5 HSIL 6 SCC 7 AGC 8 AIS 9 Adenocarcinoma 10 Other malign
	⑰ 体部細胞診	1 陰性 2 疑陽性 3 陽性
⑱ 細胞診結果による精検	1 否 2 要(頸部・体部)	
その他の婦人科疾患	1 なし 2 あり (_____)	
	ありの場合 1 経過観察 2 要精査 3 要治療	
⑲ 健康手帳	1 交付 2 再交付 3 交付済み	

医療機関コード(7ケタ)を記入

⑳ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日上記のとおり実施しました。

㉑

医療機関所在地

名称

氏名 (管理者)

※「細胞診結果による精検」で「2 要」となった人については、「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
※受診者への結果の通知(連絡) [1 通知済み(R _____ 年 _____ 月 _____ 日) 2 次回受診時に通知]

請 求 用

住所 区 広島市 区	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 無料クーポン	③ 免除後期高齢者医療被保険者であることの証明書 ④ 70歳以上の方であることの証明書 ⑤ 被保護者証明書(夜間・休日等受診用) ⑥ 市民税非課税世帯であることの証明書
町 丁目 番 号	※受診者本人が、次の住所氏名等欄にボールペンで記入してください。 ※医療機関の方は 〇 の所は必ず記入してください。	
氏名 カナ 漢字	生 年 月 日 大・昭 年 月 日 歳	TEL
⑪ 乳がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。 1. ない 2. ある		
受診券番号	← 受診券を忘れた場合のみ記入	

D 別紙3-4 乳がん検診問診票・結果票 (B)

※乳がん検診は2年に1回です。
※次の質問をよく読んで、該当する番号を「○」で囲み、お答えください。

1. 既往歴及び家族歴

- (1) 乳がん検診を受けたことがありますか。 1. 初めて 2. 受けたことがある (前回 年 月頃)
- (2) 乳房の病気をしたことがありますか。 1. ない 2. ある (歳の時: 病名)
手術をしましたか 1. した 2. していない
- (3) 家族(血族)に「乳がん」の人がいましたか。 1. いない 2. いる (続柄)

2. 月経、妊娠及び授乳に関すること

- (1) 閉経について 1. 閉経前 2. 閉経後 (歳の時に閉経)
- (2) 閉経前の方に伺います。最近の月経はいつですか。 (月 日から 日間)
- (3) 現在、妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。
1. いいえ 2. はい (妊娠週数 週)
- (4) 現在、授乳中ですか。 1. いいえ 2. はい

3. 現在の症状

- (1) 乳房の自己検診をしていますか。 1. していない 2. している (年くらい前から)
- (2) 乳房に痛みがありますか。 1. ない 2. ある (右・左)
- (3) 乳房にしこりがありますか。 1. ない 2. ある (右・左)
- (4) 乳頭の変形がありますか。 1. ない 2. ある (右・左)
- (5) 乳頭から出血や乳汁や浸出液がありますか。 1. ない 2. ある (右・左)
(出血・乳汁・その他)

4. その他確認事項

- (1) 何らかの医療機器(ペースメーカー等)を挿入していますか。 1. いない 2. いる
- (2) 豊胸手術を受けていますか。 1. いない 2. いる

この検診は、広島市が実施している事業です。
受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

【マンモグラフィ記録票】

撮影年月日	令和 年 月 日
撮影方法	1 MLO (内外斜位方向撮影) 2 CC (頭尾方向撮影) [受診日時時点で50歳未満のみ実施]
マンモグラフィ実施医療機関名	
マンモグラフィ実施医療機関所在地	
フィルムの評価	1 読影可能 2 読影不可能 (1 体動 2 撮影条件不良 3 ポジショニング不良 4 その他())
第1読影 [読影日: 令和 年 月 日]	第2読影 [読影日: 令和 年 月 日]
乳腺の評価 1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 高濃度	乳腺の評価 1 脂肪性 2 乳腺散在 3 不均一高濃度 4 高濃度
右MLO 左MLO 右CC 左CC	右MLO 左MLO 右CC 左CC
所見と判定	所見と判定
右 左	右 左
腫瘍 () 石灰化 () その他 ()	腫瘍 () 石灰化 () その他 ()
⑪ カテゴリー 1 異常なし 2 良性 3 良性、しかし悪性を否定できない 4 悪性の疑い 5 悪性	⑪ カテゴリー 1 異常なし 2 良性 3 良性、しかし悪性を否定できない 4 悪性の疑い 5 悪性
比較読影 1 あり (経時の変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2 なし	比較読影 1 あり (経時の変化: 1 増悪 2 不変 3 軽快) 2 なし
医師名: ()	医師名: ()
総合判定	1 精検不要 2 乳がん疑いで要精検 3 乳がん以外の疑いで要精検
総合判定日	令和 年 月 日 判定医師名
総合判定実施医療機関名	
総合判定実施医療機関所在地	
精密検査実施医療機関	1 自院で実施 2 他院を紹介 医療機関名 ()
健康手帳	1 交付 2 再交付 3 交付済み 医療機関コード (7ケタ) を記入

※「乳がん疑いで要精検」となった人について「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
※受診者への結果の通知(連絡) [1. 通知済み (R 年 月 日) 2. 次回受診時に通知] R8.4改

乳がん検診受診券又は乳がん検診無料クーポン券貼箇所

⑧ ⑩

E 肺がん・結核健診、大腸がん検診問診票

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。

大腸がん検診受診券貼付箇所

大腸がん検診を受診される方は記入してください。

(注) 採便容器に氏名・採取日は記入していますか。記入しているかご確認ください。

1 これまでに次の病気にかかったことがあれば、○を記入してください。

- (1)大腸がん (2)大腸ポリープ (3)痔疾患 (4)胃潰瘍 (5)胃がん
- (6)その他の消化器疾患 ()

2 便通の具合はどうか。当てはまるものに○を記入してください。

- (1)普通 (2)便秘がち (3)下痢がち (4)便秘と下痢が交互 (5)すっきりでない
- (2)から (5)までの方→いつ頃から ()

3 気になる症状があれば記入してください。

()

4 血縁の方でがんになった人がいますか。

- 大腸がん (1)なし (2)あり (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子供)
- 他のがん (1)なし (2)あり (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子供→病名:)

8

10

肺がん検診受診券貼付箇所

肺がん・結核健診を受診される方は記入してください。

1 これまでに次の病気にかかったことがあれば、○を記入してください。

- (1)肺結核 (2)肋膜炎 (3)肺炎 (4)じん肺 (5)その他の肺の病気 ()

2 最近6か月間に次の症状があれば、○をしてください。

- (1)せき、痰(たん)が続く
- (2)血のまじった痰(たん)が出た

3 たばこ(加熱式たばこを含む)は吸いますか。16

- (1)もともと吸わない (2)やめた (3)吸う(最近1か月吸っている方)
- (2)(3)の方: 1日に()本 ()年

4 3で(3)と回答された方へ、今後禁煙したいと思われますか。

- (1)はい (2)いいえ

5 石綿(アスベスト)関連の職業についていたことがありますか。17

- (1)なし (2)あり

6 現在、妊娠していますか。

- (1)している (2)妊娠の可能性がある (3)していない

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただく場合がありますので、御了承ください。

請求用

- 1 一般
- 3 後期高齢者医療被保険者であることの証明書
- 4 70歳以上の方であることの証明書
- 5 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
- 6 市民税非課税世帯であることの証明書

肺がん・結核健診、大腸がん検診結果票(B)

※受診者本人が、次の住所・氏名等欄にボールペンで記入してください。
※医療機関の方は 12 の所は必ず記入してください。

氏名	カナ (7) 漢字	生年月日	大・昭 年 月 日	男・女 (11)	歳
住所	〒 広島市 区 町 丁目	番 号	TEL	番 地	-
大腸がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。			1. ない	2. ある	
肺がん・結核健診を過去1年以内に受けたことがありますか。			1. ない	2. ある	
受診券番号	← 受診券を忘れた場合のみ記入				

【大腸がん検診】

便潜血検査(1回目) 1陰性 2陽性 3検査不能	【特記事項】
(18)(19) (2回目) 1陰性 2陽性 3検査不能	
【判定】 1要精検 2精検不要	
(20) ※1回でも陽性の場合には要精検とする。	

【肺がん・結核健診】

(21) 【エックス線所見判定区分】	【所見】	(22) 【喀たん細胞診判定区分】
A 読影不能		A 喀たん不良
B 異常所見を認めない		B 異常細胞なし
C 異常所見を認めるが精密検査を要しない		C 中程度の異型上皮細胞等あり
D 肺がん以外の疾患を疑う		D 要精検(疑いのある細胞あり)
E 要精検		E 要精検(異常細胞あり)
(23) 【判定】 1 肺がん疑いで要精検 2 精検不要 3 肺がん以外の疑いで要精検		

(24) 健康手帳 1 交付 2 再交付 3 交付済み

(25) 令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。

(26) 医療機関コード(7ケタ)を記入

医療機関所在地
名称
氏名(管理者)

※大腸がん検診で「要精検」となった方、「肺がん疑いで要精検」となった方については、「精密検査結果連絡票」により精密検査の結果を広島市に御提出ください。
受診者への結果の通知(連絡) [1通知済み(R 年 月 日) 2次回受診時に通知]

8 10

F 別紙 3-6

請求用①(健康推進課) 大腸がん検診用 ※受診する健診について 本枠の中を記入してください。

元気じゃ健診^{*}(健康診査)、大腸がん検診問診票

この健診等は、広島市が高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法に基づき、生活習慣病の予防に結びつけること等を目的として行うものです。健診結果等の個人情報が必要に応じ、特定保健指導等を実施するため、保健センターや特定保健指導実施機関に提供します。

大腸がん検診受診券貼付箇所



② 大腸がん検診を受診される方は記入してください。 [70歳以上 無料]

- (注) 採便容器に氏名・採取日は記入していますか。記入しているかご確認ください。
- 12 [1] 大腸がん検診を過去3年以内に受けたことがありますか。
(1) ない (2) ある
- [2] これまでに次の病気にかかったことがあれば、○をしてください。
(1) 大腸がん (2) 大腸ポリープ (3) 痔疾患 (4) 胃潰瘍
(5) 胃がん (6) その他の消化器疾患 ()
- [3] 現在の便通状況
(1) 普通 (2) 便秘がち (3) 下痢がち (4) 便秘と下痢が交互 (5) すっきりしない
(2)から(5)までの方→いつ頃から()
- [4] 気になる症状があれば記入してください。
()
- [5] 血縁の方ががんになった人がいますか。
○大腸がん (1) なし (2) あり (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子供)
○他のがん (1) なし (2) あり (父・母・祖父母・兄弟姉妹・子供)
→病名: _____

【集団検診用】

請求用①(健康推進課) 大腸がん検診用

住所 広島市 区 町 丁目 番 号

健康診査 全員無料

免除書類
 後期高齢者医療被保険者であることの証明書(広島県)
 70歳以上の方であることの証明書
 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
 市民税非課税世帯であることの証明書

※受診者本人が、次の住所氏名欄にボールペンで記入してください。医療機関の方は検査を実施したの所は必ず記入してください。

氏名 カナ (7) 漢字 様

生年月日 大・昭 年 月 日 歳 男・女 (11)

TEL ()

2 3 4 5 6

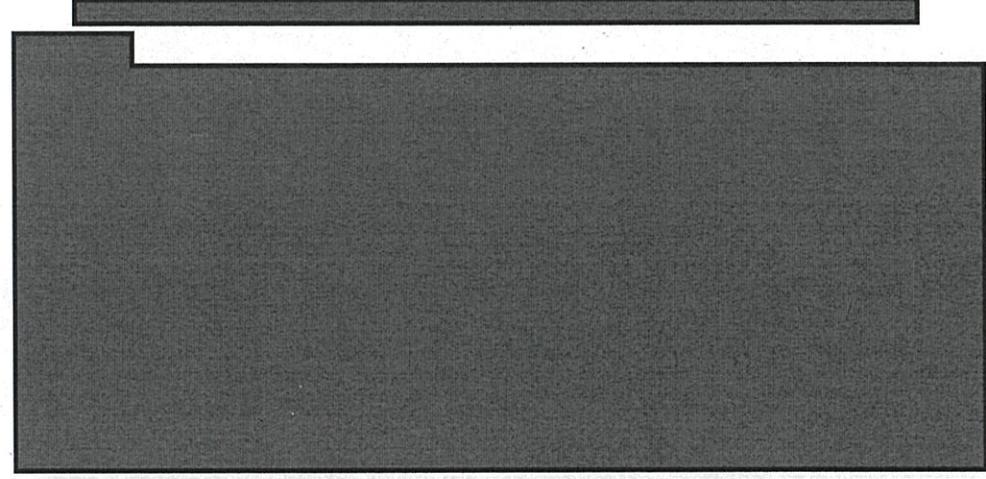
元気じゃ健診^{*}(健康診査)、大腸がん検診結果票(B)

整理番号

被保険者証番号(左づめ)

国 後 他

は11ヶタ
他は9ヶタ
は7ヶタ
後は8ヶタ



□【大腸がん検診】

便潜血検査 (19) (1回目) 1 陰性 2 陽性 3 検査不能 [判定] 1 要精検 2 精検不要
(2回目) 1 陰性 2 陽性 3 検査不能 [特記事項]

23

健康手帳 令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。

1 交付 医療機関所在地 (24)
2 再交付 名称
3 交付済み 氏名(管理者) (25)

医療機関コード
3 4 1

受診者への結果通知
1 通知済み(R 年 月 日)
2 次回受診時に通知

住所 〒	広島市	区	資格確認書類 <input type="checkbox"/> マイナ保険証又は資格確認書 <input type="checkbox"/> 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
町 丁目 番 号	※受診者本人が、次の住所氏名欄にボールペンで記入してください。 医療機関の方は検査を実施した 〇の所は必ず記入してください。		
フリガナ (12)	生年月日 (13)	大・昭 年 月 日 歳 (14)	男・女
氏名 様	TEL ()		女

整理番号										
被保険者証番号(左づめ)										

・国民健康保険被保険者の方は整理番号(11ケタ)と被保険者証番号(7ケタ)を記入
・後期高齢者医療被保険者の方は被保険者証番号(8ケタ)を記入
・生活保護受給者等の方は整理番号(9ケタ)を記入

別紙 3-7

G 元気じゃ健診※(健康診査)問診票・結果票 (B)

※元気じゃ健診は、健康診査の愛称です。

この健診は、広島市が高齢者の医療の確保に関する法律、健康増進法に基づき、生活習慣病の予防に結びつけること等を目的として行うものです。

健診結果等の個人情報には必要に応じ、特定保健指導等を実施するため、保健センターや特定保健指導実施機関に提供します。

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。

(1) これまでに次の病気にかかったことがあれば、○をしてください。
(1) 高血圧症 (2) 脳卒中 (3) 心臓病 (4) 糖尿病(疑いを含む)
(5) 肝臓病 (6) 腎不全 (7) その他()

(2) 現在、(1)～(3)までで内服中のものがありますか。

- ① (1) 血圧を下げる薬 はい いいえ
② (2) インスリン注射又は血糖を下げる薬 はい いいえ
③ (3) コレステロールを下げる薬 はい いいえ

(3) お酒を飲みますか。

- ④ (1) 毎日飲む (2) 時々飲む (3) ほとんど飲まない(飲めない)

(4) 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。

- ⑤ (1) もともと吸わない (2) やめた (3) 吸う(最近1か月間吸っている方)
(3) の方→1日に()本、()年

基本的な健診項目			
検査項目	単位	基準値	今回結果
身長	cm	—	17
体重	kg	—	18
BMI	kg/m ²	18.5以上 24.9以下	19
腹囲	cm	男性85未満 女性90未満	22
収縮期血圧	mmHg	130未満	① 20
拡張期血圧	mmHg	85未満	② 21
中性脂肪※1	食後()時間 mg/dl	空腹時 150未満 随時 175未満	23
HDLコレステロール	mg/dl	40以上	24
LDLコレステロール	mg/dl	120未満	25
non-HDLコレステロール※2	mg/dl	150未満	26
AST(GOT)	IU/l	31未満	27
ALT(GPT)	IU/l	31未満	28
γ-GT(γ-GTP)	IU/l	51未満	29
ヘモグロビンA1c	%	5.6未満	③ 30
空腹時血糖	mg/dl	100未満	④ 33
食後10時間未満	mg/dl	100未満	④ 34
尿糖	—	(-)	35
血清尿酸	mg/dl	2.1~7.0	36
尿蛋白	—	(-)	38
血清クレアチニン	mg/dl	男性1.0以下 女性0.7以下	39
eGFR	ml/分/1.73m ²	60以上	40
赤血球数	×10 ⁴ /mm ³	男性400~550 女性350~500	42
ヘモグロビン	g/dl	男性13.1以上 女性12.1以上	43
ヘマトクリット	%	男性40.0~50.0 女性35.0~45.0	44

注1 ①～④の結果を確認し、詳細な健診項目を実施してください。
注2 ※1～4については4枚目の実施方法の内容を確認してください。

血清クレアチニン(eGFR含む)実施区分※4 (必ずどちらかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 詳細検査 [(①130以上or②85以上)or(③5.6以上or④100以上)] 理由 <input type="checkbox"/> 腎機能の低下の恐れ ③⑦ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 基本項目
貧血実施区分※5 (必ずどちらかにチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 詳細検査【貧血の既往歴or貧血の疑い】 理由 <input type="checkbox"/> 生活改善を要する可能性 ④① <input type="checkbox"/> 症状の重症化の恐れ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 基本項目

詳細な健診項目	<input type="checkbox"/> 心電図【不整脈の疑いor(①140以上or②90以上)】 理由 <input type="checkbox"/> 心疾患の発症の恐れ ④⑤ <input type="checkbox"/> その他() 所見 無・有()
眼底検査【(①140以上or②90以上)or(③6.5以上or④126以上)】※	<input type="checkbox"/> 網膜症等の発症の恐れ ④⑥ <input type="checkbox"/> その他() 所見 無・有()
メタボリックシンドローム判定	基準該当 予備群該当 ④⑦ 非該当 判定不能

《総合判定》			
所見なし	B 要指導	高血圧症 ④⑨	脂質異常症 ⑤⑩
	C 要治療	糖尿病(疑いを含む) ⑤⑪	貧血 ⑤⑫
		肝疾患 → うちアルコール性(疑いを含む) ⑤⑬	腎機能障害 ⑤⑭
	D 治療中	高尿酸血症 ⑤⑮	その他()

令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。	医療機関コード 3 4 1 ⑤⑧
医療機関所在地	健康手帳 ⑤⑯
名称	1 交付 1 通知済み(令和 年 月 日)
氏名(管理者)	2 再交付 2 次回受診時に通知
	3 交付済 3 未通知

別紙 3-8

H 骨粗しょう症検診問診票

請求用

※受診される方は太枠の中をボールペンで記入してください。

身長	cm	体重	kg
腰痛・背痛	1 なし 2 あり	妊娠の有無	1 あり 2 なし
骨折の有無	1 なし	出産経験	1 あり 回 2 なし
	2 あり(腰椎・大腿骨・その他)	授乳経験	1 あり 回 2 なし
治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 副甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> パセドウ病 <input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 慢性腎炎 <input type="checkbox"/> リウマチ <input type="checkbox"/> その他()	乳製品	1 毎日とっている 2 週1~2回 3 週3~4回 4 とらない (牛乳・ヨーグルト等)
		飲酒	1 毎日飲む ビール 本 日本酒 合 2 週2~3回 洋酒 杯 3 機会があれば飲む程度 4 飲まない
服用中の薬・注射	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> カルシウム (mg/日) <input type="checkbox"/> 女性ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症治療剤 <input type="checkbox"/> 血圧降下剤 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> 血糖降下剤 <input type="checkbox"/> ビタミン剤 (B・D・C・E) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ステロイド剤 <input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> その他()	喫煙	1 毎日(本/日 年間) 2 やめた 年前に 3 全く吸わない
		仕事	1 なし 2 軽労働(事務・店員・デスクワーク等) 3 やや重い労働(工具・配達・建築関係等) 4 重労働(土木工事・農作業等)
手術歴	<input type="checkbox"/> なし 手術年西暦 <input type="checkbox"/> 胃切除術 (年) <input type="checkbox"/> 腸切除術 (年) <input type="checkbox"/> 卵巣摘出術 (年) <input type="checkbox"/> 子宮摘出術 (年) <input type="checkbox"/> その他()(年)	運動	1 しない 2 軽い運動 日/週 (歩行・庭いじり・ゲートボール等) 3 やや強い運動 日/週 (テニス・ジョギング・バレーボール・水泳等) 4 強い運動 日/週 (サッカー・バスケット等)
		生理	1 順調 2 不順 理由 3 閉経(歳)・初潮(歳)
親・兄弟で背中や腰の曲がった人の有無		1 いない 2 いる	

※この検診は、広島市が実施している事業です。受診結果等を医療機関に照会させていただきます。ご了承ください。

請求用

一般
 後高齢者医療被保険者であることの証明書
 70歳以上の方であることの証明書
 被保護者証明書(夜間・休日等受診用)
 市民税非課税世帯であることの証明書

請求用

骨粗しょう症検診結果票(B)

※受診者本人が、次の住所・氏名欄にボールペンで記入してください。
 ※医療機関の方は 〇 の所は必ず記入してください。

氏名	カナ	大・昭・平	男・女
	漢字	年 月 日	歳
住所	〒 広島市 区 町 丁目 番 号 TEL 番地		

骨密度	骨塩量 (%) YAM(若年成人平均値) に対する割合 (%)	測定機器
測定部位	1 腰椎 2 第2中手骨 3 桃骨 4 踵骨 5 その他()	
測定方法	1 MD法・改良型MD法(CXD, DIP) 2 SXA法 3 pQCT法 4 DXA法(腰椎) 5 DXA法(腰椎以外) 6 超音波法	

総合判定

A 異常なし	今回の検査では、異常がありませんでした。 ・今後も健康づくりに励んでください。
B 要指導	日常生活や食生活において下記のことに気を付けてください。 ・一日に必要なカルシウム量を満たし、バランスのとれた食生活を心がけましょう。 ・体全体を使うような運動を生活の中に取り入れ、継続的に行いましょう。
C 要精検	医療機関において精密検査を受ける必要があります。 ・精密検査の受診状況を照会させていただく場合があります。
D 要医療	医療機関において治療を受ける必要があります。

令和 年 月 日 上記のとおり実施しました。

医療機関コード(7ケタ)を記入

医療機関所在地 名称

氏名(担当医師)

受診者への結果の通知(連絡) [1.通知済み(年 月 日) 2.次回受診時に通知]

R7.4改