

福島市胃がん検診実施要綱

（目 的）

第1条 この要綱は、健康増進法（平成14年法律第103号）第19条の2に基づき、食道及び胃疾患の早期発見及び早期治療を促進し、市民の健康保持と増進を図ることを目的とする。

（検診方法）

第2条 検診方法は、個別検診又は集団検診とする。

（個別検診）

第3条 個別検診は、市長が一般社団法人福島市医師会（以下「福島市医師会」という。）に委託し、福島市医師会に登録した胃がん個別検診登録医療機関（以下「実施医療機関」という。）が実施するものとする。

2 検診を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、本市に住民基本台帳法（昭和62年法律第81号）の住民基本台帳に登録を有し、50歳（年齢の算定にあたっては、年度内に対象年齢に達する者を含む。以下同じ。）以上の者で市長が別に定めるものとする。

3 実施期間及び検診項目は、市長が別に定めるものとする。

4 検診により撮影したエックス線フィルム又は内視鏡検査画像の読影は、実施医療機関が一次読影した後に、福島市医師会胃がん検診読影委員会において再読影する。

（集団検診）

第4条 集団検診は、市長が公益財団法人福島県保健衛生協会（以下「保健衛生協会」という。）に委託し、実施するものとする。

2 対象者は、本市に住民基本台帳法の住民基本台帳に登録を有し、50歳以上の者で市長が別に定めるものとする。

3 実施期間及び検診項目は、市長が別に定めるものとする。

（実施回数）

第5条 実施回数は、原則として年1回とする。

（実施報告）

第6条 保健衛生協会は、胃集団検診結果通知書（連名簿）に検診結果を記載し、胃集団検診結果通知書（個人通知用）と共に市長へ報告しなければならない。

2 市長は、検診結果を胃集団検診結果通知書（個人通知用）により、速やかに受診者へ通知するものとする。

（実施報告）

第7条 実施医療機関は、福島市医師会胃がん検診読影委員会の読影結果報告書に基づき、受診者に検診結果を告知すると共に事後指導を行う。

2 福島市医師会は、胃がん検診結果報告書により市長へ報告しなければならない。

(精度管理)

第8条 実施医療機関の担当医師は、実施医療機関を対象とした研修会や勉強会に参加し、診断技術の向上と精度管理に努めなければならない。

(自己負担金の徴収)

第9条 検診に係る費用については、市長が別に定めるものとする。

(委託料金)

第10条 市長は、福島市医師会及び保健衛生協会と業務委託の契約を締結し、支払うものとする。

(事後指導)

第11条 福島市医師会及び実施医療機関は、精密検査の対象者及び要注意者に対しては、必要に応じて指導するものとし、健康相談又は健康教育等他の保健事業と関連させ、事後の指導を行うものとする。

(補 則)

第12条 この要綱に定めるもののほか、胃がん検診の実施に必要な項目については、市長が別に定めるものとする。

附 則 この要綱は、昭和62年7月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成 4年6月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成 6年7月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成10年7月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成11年7月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成12年7月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成20年7月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、令和 3年4月1日から施行する。

福島市胃がん検診（個別）実施要領

福島市胃がん検診実施要綱に基づく胃がん検診（医療機関個別方式）を福島市医師会に委託し、次の要領により実施する。

1 対象者

- （１）福島市に住民登録を有する年度内５０歳以上の者で、職場等で受診機会のない者。
実施回数は１人年１回とする。ただし、市長が必要と認める場合は、この限りではない。
- （２）上記対象者のうち、下記の者は除く。
- ア 妊娠中や妊娠の可能性のある者
 - イ 食道及び胃疾患による治療中の者
 - ウ 胃全摘術後の者（胃の一部が残っている場合は可）
 - エ 当年度において集団検診で受診した者

2 実施期間

実施期間は、毎年６月１日から１０月３１日までとする。

3 検査項目

胃透視または胃内視鏡による検査法を受診者の希望により選択。ただし、前年度胃内視鏡検査を実施し指導区分が異常なし、かつ、ピロリ菌現感染及び既感染がなしと判断された場合、内視鏡検査は隔年実施とする。

(1)	問診	現症、既往歴、検診受診状況（受診歴等）等
(2)	食道・胃Ｘ線直接撮影 （または胃内視鏡撮影）	別表１「胃がん個別検診の検査基準」による。
(3)	読影	検診実施医療機関と福島市医師会胃がん検診読影委員の二重読影とする。

4 実施医療機関

- （１）検診を行う医療機関は、福島市医師会に登録した実施医療機関とする。この実施医療機関は、以下の実施機関の基準をどちらも満たすこととする。満たさなかった場合は、翌年度の実施登録を認めない。

※実施機関の基準

- ア 福島消化器病研究会に年１回以上参加すること。
 - イ 胃がん検診読影会に年１回以上参加すること。
- （２）実施医療機関名は、市政だより、ホームページ等により広く市民に周知するものとする。

5 検診料と自己負担金

検診料と自己負担金は下表の通り（消費税含む）とする。ただし、次の者は免除とす

る。

- (1) 満70歳以上の者（検診当日70歳の者も含む）、または65歳以上で後期高齢者医療被保険者
- (2) 生活保護世帯の者（本人の申出による）
- (3) 市民税非課税世帯の者（自己負担金免除についての「確認証」により確認する）

	検診料	自己負担金
胃がん検診（個別）	14,120 円	2,800 円

6 申込み方法

対象者で検診を希望する者は、直接実施医療機関窓口で電話等で申し込みを行う。

7 実施方法

実施医療機関は次により実施する。

なお、検診受診時に福島市が作成する検診説明用リーフレットを受診者に配布するものとする。

①	申込みの受付	受診対象者であること及び保険診療にあたらなことを確認し、受診当日の留意事項・持参物を説明する。
②	受診券の確認	受診券シールを回収する。受診券シールがない場合は、受診券番号の確認、転記をする。
③	問診票の記入	様式〔1〕「福島市胃がん検診問診票兼結果報告書①②③④（以下「胃がん検診結果報告書」という。）」を記入する。受診券シールは「胃がん検診結果報告書②福島市へ」に貼付し、受診券番号欄には番号を転記する。医療機関コード欄には、診療報酬明細書と同じ7桁の番号を記入する。
④	事前事後の説明	受診者には胃がん検診における偶発症の説明をする。特に、X線検査後の受診者にはバリウムの排泄についての注意点を指導し、バリウムの排泄困難による偶発症の発生予防に努める。
⑤	自己負担金の徴収	自己負担金を徴収し、「胃がん検診結果報告書」の下欄「自己負担金」の1～4の該当番号を○で囲む。免除者の取扱いについては、実施要領別冊を参照し処理をする。
⑥	福島市医師会への提出	「胃がん検診結果報告書②③④」を切り離さずに、X線フィルム等と一緒に1週間分まとめて福島市医師会へ提出する。
	読影会の開催	毎週開催。福島市医師会は読影終了後、「胃がん検診結果報告書③④」とX線フィルム等を各医療機関へ、「胃がん検診結果報告書②」を医療機関別にして福島市へ送付する。
⑥	受診者への結果説明	「胃がん検診結果報告書④」により、受診者に速やかに検診結果を説明するとともに事後指導に努める。 胃内視鏡検査を実施し、「指導区分」が「異常なし」かつ、「ピロリ菌現感染及び既感染の有無」が「2.なし」の場合は、胃がんリスクが低いため内視鏡検査は2年に1回になることを説明。

8 実施報告

実施医療機関は様式〔2〕「市民検診実施報告書」を記入し、翌月15日まで福島市に提出する。

9 精度管理

実施医療機関の担当医は、実施医療機関を対象とした研修会や勉強会に参加し、診断技術の向上と精度管理に努める。

10 記録の保存

胃部エックス線画像及び胃内視鏡画像、問診記録、検診結果は、少なくとも5年間保存しなければならない。

11 その他

福島市・福島市医師会及び実施医療機関は、要精検者の受診勧奨を行う。また、精密検査実施医療機関は、別表1「胃がん個別検診の検査基準」により検査を実施するものとする。また、「胃がん」と診断がついた際は、様式〔4〕「胃癌症例追跡調査票」を記入し福島市に提出する。

附 則 この要領は、平成29年 4月 1日から施行する。

附 則 この要領は、平成30年 4月 1日から施行する。

附 則 この要領は、平成31年 4月 1日から施行する。

附 則 この要領は、令和 2年 4月 1日から施行する。

附 則 この要領は、令和 3年 4月 1日から施行する。

附 則 この要領は、令和 4年 4月 1日から施行する

別表1 胃がん個別検診の検査基準

第1章 検査方法

1 胃部X線検査については次のとおりとする。

(1) 撮影体位及び枚数

撮影体位については、以下のアからスとし、そのうち 8 枚以上を選定し実施する。ただし、アの撮影については、必須とする。また、デジタル撮影における画像の大きさは実物大とする。

- ア 食道第一斜位像(縦2分割)
- イ 背臥位二重造影正面像
- ウ 背臥位二重造影第一斜位像
- エ 背臥位二重造影第二斜位像
- オ 半立位腹臥位上部前壁二重造影像
- カ 頭低位腹臥位前壁二重造影斜位像
- キ 頭低位腹臥位前壁二重造影正面像
- ク 腹臥位充盈像
- ケ 右側臥位二重造影像
- コ 背臥位二重造影振り分け像
- サ 立位二重造影第一斜位像
- シ 立位充盈正面像
- ス 圧迫撮影

・食道は 4 ツ切 2 分割を用い、第一斜位にして食道が椎骨陰影と心陰影の間に位置するようにしてから、上部・下部を中心に撮影する。

・立位充盈像は、胃が十分に落ち着いた状態にて、胃角部を正面に確認して撮影する。

充盈不十分な場合には、適宜二重造影に変えても良い。

・二重造影像は、体位ごとに必ず体位変換によりバリウムの移動を行うこと。

・噴門部二重造影像は側臥位第二斜位で、胃穹窿部にバリウム付着させた上、噴門部の正面と胃体上部から噴門部後壁を横 2 分割で撮影する。

・腹臥位二重造影像では、横 2 分割とし、前庭部と体部をそれぞれ撮影すること。

・圧迫像は、前壁領域をカバーするため、幽門部・前庭部・胃角部・胃体下部を圧迫し撮影する。

・撮影枚数は8枚にこだわらず、異常が疑わしいときは、適宜、追加撮影が望ましい。

(2) 造影剤及び発泡剤について

ア バリウム濃度は、200% W/V 前後のものを総量約 150ml 用いる。

イ 二重造影法を効果的に行うため、胃内に十分な空気量が必要なので、発泡剤5g 程度を少量の水とともに投与する。

ウ 鎮痙剤は、原則として使用しない。

2 胃内視鏡検査については、「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」により実施する。

(1)胃内視鏡検査の禁忌疾患

胃がん検診(胃内視鏡検査)は、次の場合は禁忌とする。

ア 咽頭、鼻腔などに重篤な疾患があり、内視鏡の挿入ができない者

イ 呼吸不全のある者

ウ 急性心筋梗塞や重篤な不整脈などの心疾患のある者

エ 明らかな出血傾向またはその疑いのある者

オ 収縮期血圧が極めて高い者(降圧剤処置後に検査を行うことが望ましいが、急激な血圧降下は禁忌)

カ 全身状態が悪く、胃内視鏡検査に耐えられないと判断される者

(2)撮影方法及び枚数

撮影は、以下の部位を中心に胃全体を網羅して観察する。なお、画像の提出については、プリント写真の場合は 20 コマ以上、デジタル画像の場合は 30～40 コマとする。

①上部食道

②中部食道

③下部食道

④食道胃接合部

⑤胃幽門部

⑥胃体上部(前壁、後壁、小弯、大弯)

⑦胃体中部(前壁、後壁、小弯、大弯)

⑧胃体下部(前壁、後壁、小弯、大弯)

⑨前庭部4方向(小弯、大弯、後壁、前壁)

⑩胃角部(前壁、後壁)

⑪噴門

⑫十二指腸球部

(3)受診者への検査方法の事前説明

胃内視鏡検査の受診者に対しては、事前に検査方法等の説明を十分に行い、同意書(別紙様式 1)を受理し、本人の同意を得るものとする。

(4)前処置

ア 消泡薬ならびに粘液除去薬の内服

ジメチコンシロップ(ガスコンドロップ)5ml を 10 倍～20 倍希釈し、50～100ml 服用させる。さらに、プロナーゼ(プロナーゼMS、ガスチーム)2 万単位と重曹1g を用いることも可。経鼻内視鏡施行時においては、ガスコン水(ジメチコンシロップ 40ml を水 1,000ml に溶かしたものを)を 150ml 使用方法も推奨する。

イ 鎮痙薬など

心疾患、緑内障、前立腺肥大症、甲状腺機能亢進症などの疾患のない場合は、消化管の蠕動や唾液の分泌を抑制するための、鎮痙薬(ブスコパンなど)の使用は差し支えない。

心疾患、緑内障、前立腺肥大症の受診者には、グルカゴンを使用することができる。ただし、褐色細胞腫の患者には禁忌とする。

ウ 鎮痛薬・鎮静薬

胃内視鏡検診では、保険診療以上に安全に行う必要があるため、原則として、鎮痛薬・鎮静薬は使用しないが、各施設の判断によりやむを得ず使用する場合は、各施設の責任において使用するものとする。

エ 麻酔

a 経口内視鏡の麻酔

咽頭麻酔はキシロカインビスカスまたはキシロカインスプレーで行う。その他各検診機関で通常行っている方法で行っても構わないが、どの方法でもキシロカインの総量の上限は 200 mgとする。

b 経鼻内視鏡の麻酔

○挿入鼻腔の決定

麻酔をする前に、受診者に最も適した挿入ルートを決める。

○局所血管収縮薬

0.005%ナファゾリン硝酸塩などの局所血管収縮薬を鼻腔内に点鼻しておく。点鼻の際は耳管への逆流を防ぐため座位で行う。

○鼻腔麻酔

鼻腔麻酔は、キシロカインビスカスまたはキシロカインスプレーで行う。その他各検診機関で通常行っている方法で行っても構わないが、どの方法でもキシロカインの総量の上限は 200mgとする。

○咽頭麻酔

通常、鼻腔内視鏡では必要としないが、検査医が必要と判断した場合は、鼻腔麻酔とあわせてキシロカイン総量が 200 mg以内であれば、咽頭麻酔を行ってもよい。

(5)生検の実施について

内視鏡検診の結果、腫瘍性病変が想定される場合にのみ実施することができる。生検は、市民検診対象外となり、市民検診自己負担金の他に、生検実施に係る保険診療の負担額が追加されることを事前に受診者に説明し同意書(別紙様式 1)により本人の了承を得てから実施する。

①生検を実施した場合は、生検結果を「胃がん検診結果報告書」に記載し、内視鏡画像を添えて提出する。

②生検は精密検査扱いとなるため、「胃がん検診精密検査結果報告書」も同時に提出する。

③生検は保険診療のため、レセプトでの請求となる。(内視鏡は検診で行った旨記載する。)

(6)内視鏡機器の洗浄・消毒

内視鏡の洗浄・消毒は、日本消化器内視鏡学会の「消化器内視鏡の感染制御に関するマルチソサエティ実践ガイド」に準じる。

(7)胃内視鏡検査後の注意事項

胃内視鏡検査において、偶発症が生じた場合は、偶発症報告書(別紙様式2)により福島市医師会に連絡を行う。

(8)検査後の被検者への説明

検査医は、検査終了後に、検査の概要、生検の有無について説明を行う。

検査結果は、読影会によるダブルチェックが終了してから決定となる旨受診者に説明を行い、診断の食い違いなどが起きないように配慮する。

第2章 読影会(ダブルチェック)の実施

読影会は、検査技術の均一化とレベル及び画像診断技術の向上を図ることを目的として開催する。ただし医師が複数勤務する医療機関で精度管理委員会が指定する場合は、自施設内で読影会を行うことができる。

1 読影会の開催

(1)日時 実施期間、受診者数に応じ精度管理委員会で協議の上決定する。

(2)読影体制 医師 1 名または2名1組で行う。

(3)読影不能(写真撮影の技術的問題)については、胃がん読影委員会意見書を添付して実施医療機関へ記録画像を返戻するものとする。返戻を受けた実施医療機関は、速やかに無報酬で再撮影を行うこととする。

なお、検診料は、再撮影し読影会完了後に支払うものとする。

(4)読影所見及び診断名の記載が全くないものは、実施医療機関に返戻するものとする。

2 読影会への提出

(1)胃部X線撮影及び胃内視鏡検査の記録画像等は、以下により提出するものとする。

搬入日 毎週火曜日午後 4 時まで

(火曜日が休日の場合は、前日月曜日午後 4 時まで)

搬入先 福島市医師会

搬入書類 福島市胃がん検診結果報告書、記録画像

やむを得ず期日までに搬入できない場合は、福島市医師会と協議のうえ対応する。

(2)読影が終了した記録画像等は以下により各医療機関へ返却するものとする。

搬出日 翌週火曜日

受取場所 福島市医師会

搬出書類 福島市胃がん検診結果報告書③及び④、記録画像

(3)読影会に提出される関係書類は、個人情報であることから、検査医が責任を持って適切な取り扱いをする。

第3章 その他

1 データの保存

胃部 X 線画像及び胃内視鏡画像は各実施医療機関で実施要領 10 の規定により保存し、読影委員会の求めに応じて提出するものとする。

2 事後指導と報告

(1)判定結果に基づき、実施医療機関で受診者に対する結果説明と必要な指導を行う。

(2)要精検者に対しては、精密検査実施医療機関(別紙[1])を紹介し、速やかに精密検査を受診するよう指導する。

(3)精密検査実施医療機関の条件は、胃内視鏡検査が可能な医療機関とする。なお、精密検査実施医療機関は、福島市医師会に登録するものとする。

(4)他の医療機関で精密検査を受診する場合は、一次検診実施医療機関は、様式[3]「福島市胃がん検診精密検査依頼書」に結果報告書の写しと記録画像を添付し依頼する。

(5)精密検査は保険診療で行う。

(6)精密検査は、一次医療機関からの依頼書に基づき胃内視鏡検査を主体とした検査を行い、必要があれば、生検・その他画像診断等を実施する。胃内視鏡検査にあたっては、別紙様式1により受診者の同意を得てから実施する。

(7)精密検査実施医療機関は、精密検査の結果が判明しだい、様式[3]福島市胃がん検診精密検査結果報告書により、一次検診実施医療機関及び福島市医師会へ速やかに報告するものとする。

(8)精密検査の結果は、福島市へ報告するものとする。

同 意 書

福島市の胃がん検診で内視鏡検査を受けられる方へ

1 前処置について

胃内視鏡検査では、消化管の蠕動や唾液の分泌を抑制するため、鎮痙薬を使用する場合があります。薬のアレルギーや体調に異常のある方は検査前にお申し出ください。

2 検査方法

口もしくは鼻から内視鏡を挿入し、診断します。検査中に病変が見つかったり、疑わしい場合は、必要に応じ以下の処置を追加する場合があります。

(1) 病変の一部をつまみ（生検）、組織を採取し、詳しく検査します。ただし、生検が行われる場合は、保険診療として別途請求があります。検査当日は健康保険証を持参してください。

(2) 色素を散布し、診断の助けとする場合があります。

3 偶発症について

胃内視鏡検診での偶発症が発生する頻度は、全国調査によると、10 万件に 87 件と報告されています。この中には鼻出血などの軽微なものから入院例まで含まれています。

現在、胃内視鏡検診による死亡事故は報告されていませんが、ごく稀に死亡の可能性もあります。

胃内視鏡検診では、以下の偶発症が起きる可能性があります。

- (1) 胃内視鏡により粘膜が傷つくことや、出血、穿孔（穴があくこと）
- (2) 生検により出血、穿孔
- (3) 薬剤によるアレルギー（呼吸困難、血圧低下など）
- (4) 検査前からあった疾患の悪化（症状の出ていなかった疾患も含む）

当施設では、偶発症の防止のために十分な注意を払うとともに、偶発症が発生した場合には最善の対応をいたします。

年 月 日 医師名

上記内容について、説明を受け、理解しましたので、福島市胃がん検診（胃内視鏡検査）の実施に同意いたします。

年 月 日

受診者署名（自署）

受診者代理署名

 （続柄 ）

※受診者の署名がある場合は不要

偶発症報告書

報告医療機関名	医院・診療所・病院
検診日	令和 年 月 日
受診者氏名	
性別	1. 男 2. 女
生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳）
基礎疾患	1. あり（ ） 2. なし
内視鏡の機種	1. 経口 2. 経鼻
偶発症の種類	1. 穿孔 2. 鼻出血 3. 粘膜裂創 4. 気腫（穿孔との重複も含む） 5. 生検部位からの後出血 6. 前処置薬によるアナフィラキシーショック 7. その他の偶発症
部位	1. 鼻腔 2. 咽喉頭 3. 食道 4. 胃・十二指腸 5. その他（ ）
重症度	1. 軽症（処置なし） 2. 中等度（処置あり） 3. 重症（入院） 4. 死亡
転帰	1. 入院（検査施設、他院） 2. 外来（他院紹介） 3. 帰宅（検査施設対応）
入院医療機関	
偶発症発生時の状況	

福島市胃がん検診問診票

検診年月日	令和 年 月 日	受診券番号	
住 所	福島市 区 丁目 番 号		
ふりがな			
氏 名	男 女	生年月日	大 昭 年 月 日 (歳)

※現在、妊娠または妊娠している可能性のある方は、市民検診（胃がん検診）を受けることができません。

ご記入についての注意事項

- ・ボールペン等で記入ください。
- ・この用紙は、4枚複写になっておりますので、最終ページまで写すよう記入ください。
- ・太線の枠内と、右の問診票を記入ください。

※あなた様のがん検診の結果内容（精密検査も含む）は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきますので、ご承知の上受診願います。

医療機関コード	
医療機関名	
担当医師名	

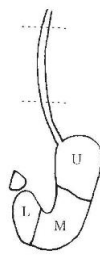
自己負担金	1 有 料	2 70・後	3 生 保	4 非課税 No.
-------	-------	--------	-------	-----------

あてはまるものの番号や文字を○で囲んで下さい。

- ・胃の病気で治療を受けたことがありますか。
 1. 前に受けたことがある……………病名 ()
 2. 現在治療中である……………病名 ()
 3. 手術を受けたことがある……………病名 ()
 4. な い
- ・胃の症状がありますか。
 1. なし 2. あり ()
- ・ピロリ菌の有無の検査をしたことがありますか。
 1. なし
 2. あり→陰性
陽性→除菌したことがありますか→ 1. なし
2. あり→ (成功・不成功・不明) (年 月頃)
- ・今まで胃がん検診を受けたことがありますか。
 1. ない
 2. ある→ () 年前→検査方法 a 透視 b 内視鏡
→ a 市民検診 b 職場検診 c 人間ドック d その他
→ 結 果 a 要精検 b 要治療 c 要経過観察 d 異常なし
→ 診断名 a 胃がん b 胃潰瘍 c 胃炎 d ポリープ e その他 ()

医療機関報告

- | | | | |
|---|---|--|--|
| 検査法
1. 透視
2. 内視鏡
(生検一有・無) | 診断名(該当するものに○印)
1. 胃がん又は疑い
a 進行がん
b 早期がん
c 胃がん疑い
2. 胃潰瘍
3. 胃潰瘍癒痕
(所 見) | 4. 胃ポリープ
a 胃底腺
b 過形成
c その他
5. 萎縮性胃炎
a あり
b なし
(びらん性胃炎を含む)
c 不明 | 6. 胃粘膜下腫瘍
7. 十二指腸潰瘍
8. 十二指腸潰瘍癒痕
9. 食道がん 又は 食道がん疑い
10. 食道炎
11. 食道 ()
12. その他 ()
13. 異常なし
14. 診断困難 |
|---|---|--|--|



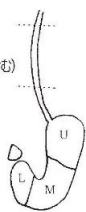
生検結果 ()

① 医療機関控

福島市胃がん検診結果報告書

検診年月日	令和 年 月 日	受診券番号	
住 所	福島市 区 丁目 番 号		
ふりがな			
氏 名	男 女	生年月日	大 昭 年 月 日 (歳)

- | | | |
|---|--|--|
| 読影委員会結果
1. 胃がん又は疑い
a 進行がん
b 早期がん
c 胃がん疑い
2. 胃潰瘍
3. 胃潰瘍癒痕
4. 胃ポリープ
a 胃底腺
b 過形成
c その他
5. 萎縮性胃炎
a あり
b なし
(びらん性胃炎を含む)
c 不明 | 診 断 名
6. 胃粘膜下腫瘍
7. 十二指腸潰瘍
8. 十二指腸潰瘍癒痕
9. 食道がん 又は 食道がん疑い
10. 食道炎
11. 食道 ()
12. その他 ()
14. 診断困難 | 指導区分
1. 要 精 検
2. 要 治 療
4. 要経過観察
5. 異常なし |
|---|--|--|



(所 見)

(連絡事項)

□ 読影不能

- ピロリ菌現感染及び既感染の有無
1. あ り
 2. な し
 3. 判定困難

読影済印欄	医療機関コード	
	医療機関名	
	担当医師名	

自己負担金	1 有 料	2 70・後	3 生 保	4 非課税 No.
-------	-------	--------	-------	-----------

あてはまるものの番号や文字を○で囲んで下さい。

- ・胃の病気で治療を受けたことがありますか。
 1. 前に受けたことがある……………病名 ()
 2. 現在治療中である……………病名 ()
 3. 手術を受けたことがある……………病名 ()
 4. な い
- ・胃の症状がありますか。
 1. なし 2. あり ()
- ・ピロリ菌の有無の検査をしたことがありますか。
 1. なし
 2. あり→陰性
陽性→除菌したことがありますか→ 1. なし
2. あり→ (成功・不成功・不明) (年 月頃)
- ・今まで胃がん検診を受けたことがありますか。
 1. ない
 2. ある→ () 年前→検査方法 a 透視 b 内視鏡
→ a 市民検診 b 職場検診 c 人間ドック d その他
→ 結 果 a 要精検 b 要治療 c 要経過観察 d 異常なし
→ 診断名 a 胃がん b 胃潰瘍 c 胃炎 d ポリープ e その他 ()

医療機関報告

- | | | | |
|---|---|--|--|
| 検査法
1. 透視
2. 内視鏡
(生検一有・無) | 診断名(該当するものに○印)
1. 胃がん又は疑い
a 進行がん
b 早期がん
c 胃がん疑い
2. 胃潰瘍
3. 胃潰瘍癒痕
(所 見) | 4. 胃ポリープ
a 胃底腺
b 過形成
c その他
5. 萎縮性胃炎
a あり
b なし
(びらん性胃炎を含む)
c 不明 | 6. 胃粘膜下腫瘍
7. 十二指腸潰瘍
8. 十二指腸潰瘍癒痕
9. 食道がん 又は 食道がん疑い
10. 食道炎
11. 食道 ()
12. その他 ()
13. 異常なし
14. 診断困難 |
|---|---|--|--|



生検結果 ()

② 福 島 市 へ

福島市胃がん検診結果報告書									
検診年月日	令和 年 月 日	受診券番号							
住 所	福島市 区 丁目 番 号								
ふりがな		男 女	生年 月 日	大 昭	年	月	日	(歳)	
氏 名									
読影委員会結果			診 断 名						
1. 胃がん又は疑い a 進行がん b 早期がん c 胃がん疑い 2. 胃潰瘍 3. 胃潰瘍癒痕 4. 胃ポリープ a 胃底腺 b 過形成 c その他 5. 萎縮性胃炎 a あり b なし (びらん性胃炎を含む) c 不明			6. 胃粘膜下腫瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍癒痕 9. 食道がん 又は 食道がん疑い 10. 食道炎 11. 食道 () 12. その他 () 14. 診断困難 (所 見)						
			指導区分 1. 要 精 検 2. 要 治 療 4. 要経過観察 5. 異常なし ビロリ菌現感染及び既感染の有無 1. あり 2. なし 3. 判定困難						
読影済印欄			(連絡事項)						
医療機関コード									
医療機関名			区 ()						
担当医師名									
自己負担金	1 有 料 2 70・後 3 生 保 4 非課税 No								

あてはまるものの番号や文字を○で囲んで下さい。

- 胃の病気で治療を受けたことがありますか。
 1. 前に受けたことがある……………病名 ()
 2. 現在治療中である……………病名 ()
 3. 手術を受けたことがある……………病名 ()
 4. な い
- 胃の症状がありますか。
 1. なし 2. あり ()
- ビロリ菌の有無の検査をしたことがありますか。
 1. なし
 2. あり→陰性
 陽性→除菌したことがありますか→ 1. なし
 2. あり→ (成功・不成功・不明) (年 月頃)
- 今まで胃がん検診を受けたことありますか。
 1. ない
 2. ある→ () 年前→検査方法 a透視 b内視鏡
 → a 市民検診 b職場検診 c人間ドック dその他
 → 結 果 a要精検 b要治療 c要経過観察 d異常なし
 → 診断名 a胃がん b胃潰瘍 c胃炎 dポリープ eその他 ()

医療機関報告

- 検査法

 - 透視
 - 内視鏡 (生検一有・無)

(所 見)

● 診断名 (該当するものに○印)

1. 胃がん又は疑い a 進行がん b 早期がん c 胃がん疑い 2. 胃潰瘍 3. 胃潰瘍癒痕 (所 見)	4. 胃ポリープ a 胃底腺 b 過形成 c その他 5. 萎縮性胃炎 a あり b なし (びらん性胃炎を含む) c 不明	6. 胃粘膜下腫瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍癒痕 9. 食道がん 又は 食道がん疑い 10. 食道炎 11. 食道 () 12. その他 () 13. 異常なし 14. 診断困難
--	--	--
- 生検結果 ()

③ 医療機関用

福島市胃がん検診結果報告書									
検診年月日	令和 年 月 日	受診券番号							
住 所	福島市 区 丁目 番 号								
ふりがな		男 女	生年 月 日	大 昭	年	月	日	(歳)	
氏 名									
胃がん検診の結果は右記のとおりです。 「要精検」…精密検査を受けましょう 「要治療」…治療を開始してください 「要経過観察」…来年も検診を受けてください 「異常なし」…今回の検診では異常は発見されませんでした 〈精密検査受診時に必要なもの〉 ①福島市胃がん検診結果報告書 ②健康保険証 ③精密検査依頼書 (検診を受診した医療機関とは別の医療機関で受ける場合のみ必要になります。 検診を受診した医療機関が発行するものです。) ※あなた様のがん検診の結果内容(精密検査も含む)は、精度向上及びがん研究などに限り利用させていただきます。			指導区分 ・ 要 精 検 ・ 要 治 療 ・ 要経過観察 ・ 異常なし ビロリ菌現感染及び既感染の有無 1. あり 2. なし 3. 判定困難						
一次検診医療機関			()						
市民検診担当 福島市森合町10番1号 福島市保健所 健康づくり推進課検診予防係 TEL 525-7680									
医療機関コード			区 ()						
医療機関名									
担当医師名									

次回の胃がん検診の検査方法について

胃がん検診は年度内50歳以上、原則2年に1回となりました。
 ただし、①胃透視検査は当分の間年1回実施できます。
 ②胃内視鏡検査は福島市独自の対応として、内視鏡検査の結果「異常なし」以外、またはビロリ菌現感染及び既感染が「なし」以外の方は翌年も胃内視鏡検査を実施できます。

＊「ビロリ菌現感染及び既感染の有無」の判定は
 問診で「ビロリ菌の有無の検査をしたことがありますか」の質問に、「あり→陽性」と答えた場合と、今回の検査にて「萎縮性胃炎があり」と判定された場合に「あり」の判定となります。

- 検査法
- 透視
 - 内視鏡 (生検一有・無)

＊ビロリ菌と胃がん
 ビロリ菌に感染すると胃炎を経て一部が胃がんを引き起こします。ビロリ菌現感染及び既感染が「あり」または「判定困難」となった方、ビロリ菌除去をしたことがある方には、今後内視鏡検査の受診をお勧めします。

④ 受 診 者 へ

市民検診実施報告書（ 月分 ）

年 月 日提出

胃がん検診	読影会月日 (報告月内)	自己負担有(有料)件数			自己負担無(無料)件数			件数合計
		内視鏡	透視	小計	内視鏡	透視	小計	
	月 日							
	月 日							
	月 日							
	月 日							
	月 日							
	計							

大腸がん検診			
--------	--	--	--

肺がん検診	読影会月日 (報告月内)	自己負担金有(有料) 件数	自己負担金無(無料) 件数	件数合計
	月 日			
	月 日			
	月 日			
	月 日			
	月 日			
	計			

※喀痰細胞診検査は、喀痰細胞診検査機関（江東微研）からの福島市医師会への報告を以て実施報告とする。

ル 肝 ス 炎 検 ウ 診 イ	B型抗原C型抗体			
	うちC型核酸実施			

骨 検 粗 診 鬆 症	DXA法(腰椎+大腿骨) DXA法(1か所) DIP法	左欄に実施している検査方法に○をつける		
----------------------------	-----------------------------------	---------------------	--	--

乳がん検診	読影会月日 (報告月内)	自己負担有(有料)件数			自己負担無(無料)件数			件数合計
		一方向	二方向	小計	一方向	二方向	小計	
	月 日							
	月 日							
	月 日							
	月 日							
	計							

医療機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--

医療機関名

担当者名

連絡先電話番号

福島市市民検診登録内容変更について○をつけてください

有(裏面へ記入) ・ 無

※ 0件 又は受診票添付なしの場合 FAX可
FAX 525-5701 添書不要

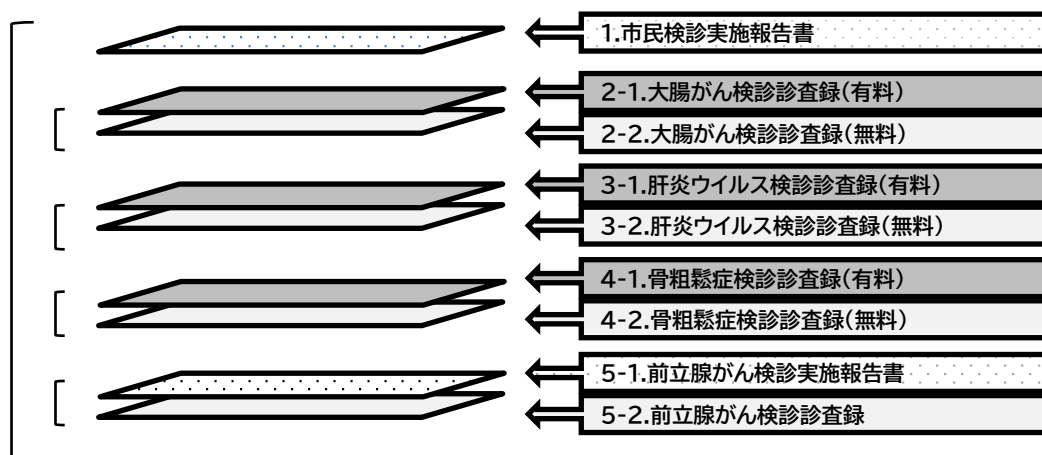
福島市市民検診登録内容変更届

登録内容について変更のあった部分のみ記入してください

変更日 年 月 日より

医療機関名	フリガナ									
代表者名	フリガナ									
所在地	〒 -									
TEL	()					FAX		()		
医療機関コード			-					・		以下7桁
振込先	銀行名		☐ 銀行 ☐ 信用金庫			支店名		☐ 本店 ☐ 支店		
	口座区分		☐ 普通 ☐ 当座		☐ 座番号 (右づめ)					
	口座名義		フリガナ							

医療機関から健康づくり推進課へ報告提出時の並べ方イメージ



【注意】

◇翌月15日まで提出願います。

◇胃がん検診・大腸がん検診・肺がん検診は、実施報告月内に読影実施されたもののみ対象です。

福島市胃がん検診精密検査依頼書

精密検査実施医療機関担当医 様		依頼月日：令和 年 月 日	
下記の方は、福島市胃がん検診の結果、精密検査が必要と思われますので、精密検査（保険診療）をお願いいたします。なお、精密検査の結果を「精密検査結果報告書」にご記入の上、当院へ返送くださいますようお願いいたします。			
受診券番号		一次検診月日	令和 年 月 日
ふりがな		生年 年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)
受診者氏名			
住 所	〒 市 ()		
医療機関コード		担当医師名	
一次医療機関名	〒 ()		【添付書類】 ①検診結果報告書のコピー、②検査画像

1枚目は一次医療機関で保管してください。
受診者には②③④の3枚をお渡しください。

① 一次医療機関用

福島市胃がん検診精密検査依頼書

精密検査実施医療機関担当医 様		依頼月日：令和 年 月 日	
下記の方は、福島市胃がん検診の結果、精密検査が必要と思われますので、精密検査（保険診療）をお願いいたします。なお、精密検査の結果を「精密検査結果報告書」にご記入の上、当院へ返送くださいますようお願いいたします。			
受診券番号		一次検診月日	令和 年 月 日
ふりがな		生年 年月日	大正 昭和 年 月 日 (歳)
受診者氏名			
住 所	〒 市 ()		
医療機関コード		担当医師名	
一次医療機関名	〒 ()		【添付書類】 ①検診結果報告書のコピー、②検査画像

福島市胃がん検診精密検査結果報告書

精 査 月 日	令和 年 月 日
精 査 方 法	1. 内視鏡 2. 生検 (Group :) 4. その他画像診断
精 査 結 果	1. 胃がん 又は 胃がん疑い a. 進行がん (型) b. 早期がん (型) c. 胃がん疑い 2. 胃潰瘍 3. 胃潰瘍癒着痕 4. 胃ポリープ a. 胃底腺 b. 過形成 c. その他 5. 萎縮性胃炎 a. あり b. なし (びらん性胃炎を含む) c. 不明 6. 胃粘膜下腫瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍癒着痕 9. 食道がん 又は 食道がん疑い 10. 食道炎 11. 食道 () 12. その他 () 13. 異常なし
今後の方針	1. 薬物治療 2. 手術 (①外科的 ②内視鏡的) 3. 経過観察 4. 放置 (紹介先:)
所見 (スケッチ)	
医療機関コード	記 入 月 日 令和 年 月 日
精査医療機関名	〒 () 担当医師名

② 精密検査医療機関用

福島市胃がん検診精密検査依頼書

依頼月日：令和 年 月 日	
受診券番号	一次検診月日 令和 年 月 日
ふりがな	生年 年月日 大正 昭和 年 月 日 (歳)
受診者氏名	
住 所	〒 市 ()
医療機関コード	担当医師名
一次医療機関名	〒 ()
【添付書類】 ①検診結果報告書のコピー、②検査画像	

福島市胃がん検診精密検査結果報告書

精 査 月 日	令和 年 月 日
精 査 方 法	1. 内視鏡 2. 生検 (Group :) 4. その他画像診断
精 査 結 果	1. 胃がん 又は 胃がん疑い a. 進行がん (型) b. 早期がん (型) c. 胃がん疑い 2. 胃潰瘍 3. 胃潰瘍癒着痕 4. 胃ポリープ a. 胃底腺 b. 過形成 c. その他 5. 萎縮性胃炎 a. あり b. なし (びらん性胃炎を含む) c. 不明 6. 胃粘膜下腫瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍癒着痕 9. 食道がん 又は 食道がん疑い 10. 食道炎 11. 食道 () 12. その他 () 13. 異常なし
今後の方針	1. 薬物治療 2. 手術 (①外科的 ②内視鏡的) 3. 経過観察 4. 放置 (紹介先:)
所見 (スケッチ)	
医療機関コード	記 入 月 日 令和 年 月 日
精査医療機関名	〒 () 担当医師名

③ 一次医療機関用

福島市胃がん検診精密検査依頼書

依頼月日：令和 年 月 日	
受診券番号	一次検診月日 令和 年 月 日
ふりがな	生年 年月日 大正 昭和 年 月 日 (歳)
受診者氏名	
住 所	〒 市 ()
医療機関コード	担当医師名
一次医療機関名	〒 ()
【添付書類】 ①検診結果報告書のコピー、②検査画像	

福島市胃がん検診精密検査結果報告書

精 査 月 日	令和 年 月 日
精 査 方 法	1. 内視鏡 2. 生検 (Group :) 4. その他画像診断
精 査 結 果	1. 胃がん 又は 胃がん疑い a. 進行がん (型) b. 早期がん (型) c. 胃がん疑い 2. 胃潰瘍 3. 胃潰瘍癒着痕 4. 胃ポリープ a. 胃底腺 b. 過形成 c. その他 5. 萎縮性胃炎 a. あり b. なし (びらん性胃炎を含む) c. 不明 6. 胃粘膜下腫瘍 7. 十二指腸潰瘍 8. 十二指腸潰瘍癒着痕 9. 食道がん 又は 食道がん疑い 10. 食道炎 11. 食道 () 12. その他 () 13. 異常なし
今後の方針	1. 薬物治療 2. 手術 (①外科的 ②内視鏡的) 3. 経過観察 4. 放置 (紹介先:)
所見 (スケッチ)	
医療機関コード	記 入 月 日 令和 年 月 日
精査医療機関名	〒 () 担当医師名

④ 福島市ハ

福島市胃がん検診 胃癌症例追跡調査票				
■受診者情報				
ふりがな		性別	生年月日	検診時年齢
受診者氏名		☐ 男 ☐ 女	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	歳
■一次検診				
医療機関名	受診年月日 年 月 日			
診断名	受診歴 ☐ 初めて ☐ 1年前 ☐ 2年前 ☐ 3年前 ☐ 不明			
■確定診断				
最終診断名	診断年月日 年 月 日			
がん病巣数 ☐ 1個 ☐ 多発 () 個 ----->	<複数病変の場合は、病変ごとに所見を記入する>			
■治療 ※治療方法が複数の場合には主な治療方法を1つ選択する。				
治療医療機関名	手術年月日 (内視鏡的治療も含む) 年 月 日			
治療内容 ☐ 外科的手術 (☐ 腹腔鏡 ☐ 開腹 ☐ 開胸・開腹) ☐ 内視鏡的切除術 (☐ EMR ☐ ESD) ☐ 化学療法 ☐ 放射線療法 ☐ 無治療 ☐ 不明 ☐ その他 ()	術式(治療内容で「外科的手術」を選択した場合) ☐ 胃全摘術 ☐ 噴門側胃切除術 ☐ 幽門側胃切除術 ☐ 幽門保存胃切除術 ☐ 胃局所切除術 ☐ 単開腹術 ☐ その他 ()			
リンパ節郭清度 ☐ D0 ☐ D1 ☐ D2 ☐ D3 ☐ 郭清なし(内視鏡的治療) ☐ 不明				
■所見(病変1) (☐ 臨床診断 ☐ 病理診断)				
占拠部位 a) ☐ U ☐ UM ☐ MU ☐ M ☐ ML ☐ LM ☐ L ☐ 全体 ☐ +E ☐ +D ☐ 不明 b) ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 大彎 ☐ 小彎 ☐ 全周 ☐ 不明				
腫瘍径 (×) mm				
肉眼分類 ☐ 0型(表在型) ☐ I ☐ IIa ☐ IIa+IIc ☐ IIb ☐ IIc ☐ IIc+III ☐ IIc+IIa ☐ III+IIc ☐ III ☐ 不明 ☐ その他 () ☐ 1型 ☐ 2型 ☐ 3型 ☐ 4型 ☐ 5型 ☐ 不明		壁深達度 ☐ T1a (M) ☐ T1b (SM1) ☐ T1b (SM2) ☐ T2 (MP) ☐ T3 (SS) ☐ T4a (SE) ☐ T4b (SI) ☐ TX 組織型 ☐ pap ☐ tub1 ☐ tub2 ☐ por1 ☐ por2 ☐ sig ☐ muc ☐ 特殊型 ☐ その他 ()		
○リンパ管侵襲 ☐ Ly0 ☐ Ly1a ☐ Ly1b ☐ Ly1c ○静脈侵襲 ☐ V0 ☐ V1a ☐ V1b ☐ V1c ○潰瘍所見 ☐ UL (-) ☐ UL (+)		○粘膜切除標本の切除断端 >水平断端 ☐ HM0 ☐ HM1 ☐ HMX >垂直断端 ☐ VM0 ☐ VM1 ☐ VMX >内視鏡的根治度(eCura) ☐ A ☐ B ☐ C-1 ☐ C-2		
●リンパ節転移 ☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ N3 ☐ NX ●遠隔転移 ☐ M0 ☐ M1 ☐ MX ●肝転移 ☐ H0 ☐ H1 ☐ HX ●腹膜転移 ☐ P0 ☐ P1 ☐ PX ●腹腔細胞診 ☐ CY0 ☐ CY1 ☐ CYX		●手術標本の切除断端 ※2 >口側断端 ☐ PM (-) ☐ PM (+) ☐ PMX >肛門側断端 ☐ DM (-) ☐ DM (+) ☐ DMX >腫瘍の遺残(R) ☐ R0 ☐ R1 ☐ R2 ☐ RX		
◎臨床病期 ☐ I ☐ II A ☐ II B ☐ III ☐ IV A ☐ IV B ☐ 不明		報告日 年 月 日		
◎病理学的病期 ☐ I A ☐ I B ☐ II A ☐ II B ☐ III A ☐ III B ☐ III C ☐ IV ☐ 不明		医療機関名/医師名		

■所見(病変2) (☐ 臨床診断 ☐ 病理診断)	
占拠部位 a) ☐ U ☐ UM ☐ MU ☐ M ☐ ML ☐ LM ☐ L ☐ 全体 ☐ +E ☐ +D ☐ 不明 b) ☐ 前壁 ☐ 後壁 ☐ 大彎 ☐ 小彎 ☐ 全周 ☐ 不明	
腫瘍径 (×) mm (最大)	
肉眼分類 ☐ 0型 (表在) ☐ I ☐ IIa ☐ IIa+IIc ☐ IIb ☐ IIc ☐ IIc+III ☐ IIc+IIa ☐ III+IIc ☐ III ☐ 不明 ☐ その他 () ☐ 1型 ☐ 2型 ☐ 3型 ☐ 4型 ☐ 5型 ☐ 不明	壁深達度 ☐ T1a (M) ☐ T1b (SM1) ☐ T1b (SM2) ☐ T2 (MP) ☐ T3 (SS) ☐ T4a (SE) ☐ T4b (SI) ☐ TX 組織型 ☐ pap ☐ tub1 ☐ tub2 ☐ por1 ☐ por2 ☐ sig ☐ muc ☐ 特殊型 ☐ その他 ()
○リンパ管侵襲 ☐ Ly0 ☐ Ly1a ☐ Ly1b ☐ Ly1c ○静脈侵襲 ☐ V0 ☐ V1a ☐ V1b ☐ V1c ○潰瘍所見 ☐ UL (-) ☐ UL (+)	○粘膜切除標本の切除断端 ➢水平断端 ☐ HM0 ☐ HM1 ☐ HMX ➢垂直断端 ☐ VM0 ☐ VM1 ☐ VMX ➢内視鏡的根治度(eCura) ☐ A ☐ B ☐ C-1 ☐ C-2
●リンパ節転移 ☐ N0 ☐ N1 ☐ N2 ☐ N3 ☐ NX ●遠隔転移 ☐ M0 ☐ M1 ☐ MX ●肝転移 ☐ H0 ☐ H1 ☐ HX ●腹膜転移 ☐ P0 ☐ P1 ☐ PX ●腹腔細胞診 ☐ CY0 ☐ CY1 ☐ CYX	●手術標本の切除断端 ※2 ➢ ☐ 側断端 ☐ PM (-) ☐ PM (+) ☐ PMX ➢肛門側断端 ☐ DM (-) ☐ DM (+) ☐ DMX ➢腫瘍の遺残(R) ☐ R0 ☐ R1 ☐ R2 ☐ RX
◎臨床病期 ☐ I ☐ II A ☐ II B ☐ III ☐ IV A ☐ IV B ☐ 不明	
◎病理学的病期 ☐ I A ☐ I B ☐ II A ☐ II B ☐ III A ☐ III B ☐ III C ☐ IV ☐ 不明	

令和6年度 胃がん検診精密検査実施医療機関名簿

医療機関名	所在地	電話番号
i ひふ・大腸 いがり弘之由美子クリニック	福島市笹木野字中西裏18-5	558-2323
あすなろ南矢野目クリニック	福島市南矢野目字清水前34-16	555-5766
荒井胃腸科内科	福島市泉字泉川3-1	558-2577
あらいクリニック	福島市荒井字弁天前17-1	593-1020
安斎外科胃腸科医院	福島市北五老内町3-22	535-3353
いがらし内科消化器内科クリニック	福島市飯坂町平野字道下9-7	597-8690
いずみさとう内科	福島市泉字清水内18-1	563-7573
岩崎消化器科内科医院	福島市丸子字沢目33-3	554-5841
大原綜合病院	福島市上町6番1号	526-0300
おおひら内科クリニック	福島市森合字台15-1	534-6336
おがたクリニック	福島市矢倉下10-1	526-2626
おぐらじクリニック内科小児科消化器科	福島市小倉寺字中田31	523-4155
御山内科クリニック	福島市御山字仲ノ町97-2	533-2101
上野寺内科・呼吸器内科クリニック	福島市上野寺字西原9-1	592-2111
上松川診療所	福島市北沢又字番匠田5	558-1111
かんの消化器科外科医院	福島市山口字雷20	533-3801
菊池クリニック	福島市花園町7-31	535-4091
久津医院	福島市入江町13-3	525-4561
クリニック21	福島市栄町6番6号 ユニックスビル2F	521-5581
黒岩内科医院	福島市黒岩字榎平64-1	545-7733
児玉胃腸科内科	福島市浜田町7-27	533-6622
この花内科クリニック	福島市郷野目字仲11	563-1287
済生会福島総合病院	福島市大森字下原田25	544-5171
さいとう医院	福島市飯坂町湯野字浦湊2-8	542-3030
酒井内科クリニック	福島市岡部字中条82-1	531-1781
さくま内科クリニック	福島市山下町4-11	525-2700
笹木野みやけ内科外科	福島市笹木野字中小屋16-2	559-1511
さとう胃腸科内科	福島市鳥谷野字宮畑93-3	545-8668
さとうクリニック内科・消化器内科	福島市方木田字中屋敷1-1	545-6111
穴戸医院	福島市瀬上町字幸町8	553-5010
しのぶ病院	福島市大森字高畑31番地	546-3311
須川診療所	福島市野田町1丁目12-72	531-6311

医療機関名	所 在 地	電話番号
すぎやま内科内視鏡クリニック	福島市渡利字舟場20	563-3363
すずきクリニック	福島市松川町字桜内7-2	567-2661
せのうえ健康クリニック	福島市瀬上町字四斗蒔1-6	554-5757
高野医院内科消化器内科	福島市笹谷字寺町14-3	573-9863
武田中央医院	福島市泉字仲ノ町14-13	559-1664
手塚クリニック	福島市御山清水尻51	535-0550
天神橋クリニック	福島市渡利字天神27の1	528-1155
とやのクリニック	福島市鳥谷野字宮畑64-1	544-1122
なかむら外科内科クリニック	福島市宮下町15-18	535-7518
野田循環器・消化器内科外科クリニック	福島市北矢野目字原田59-5	559-1133
のだまち胃と腸のクリニック	福島市野田町6丁目2-39	563-7872
福島県保健衛生協会 総合健診センター	福島市方木田字水戸内19-6	546-3533
福島西部病院	福島市東中央3丁目15番地	533-2121
福島赤十字病院	福島市八島町7-7	534-6101
福島セントラルクリニック	福島市早稲町8番22号	522-7701
福島第一病院	福島市北沢又字成出16-2	557-5127
福島中央病院	福島市吉倉字谷地52	546-4911
福島南循環器科病院	福島市方木田字辻の内3番地の5	546-1221
藤原消化器内科医院	福島市大平寺字過吹14-5	545-3300
ふれあいクリニックさくらみず	福島市笹谷字塗谷地20-1	559-2664
本間内科	福島市笹木野字小針尻20-5	536-0063
松川クリニック	福島市松川町沼袋字北原84-11	537-2055
松川中央医院	福島市松川町字土腐8	567-3355
三河台内科	福島市野田町2丁目4-19	534-7832
南東北福島病院	福島市荒井北三丁目1-13	593-5100
南福島クリニック	福島市永井川字壇ノ腰10-3	546-4016
村島医院	福島市飯坂町字東堀切8	542-2131
八子医院	福島市桜木町1-27	534-4850
八子胃腸科内科クリニック	福島市八島町2-3	533-1215
やまもり内科	福島市八島田字琵琶淵62-2	529-5565
わたなべクリニック	福島市成川字神崎40-1	593-3172
わたり病院健診センター	福島市渡利字中江町34	522-3446
福島県立医科大学附属病院	福島市光が丘1番地	547-1111