

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 炎 検 ウ 診 イ	B型抗原C型抗体		
	うちC型核酸実施		

骨 粗 鬆 症 検 診	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							
	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

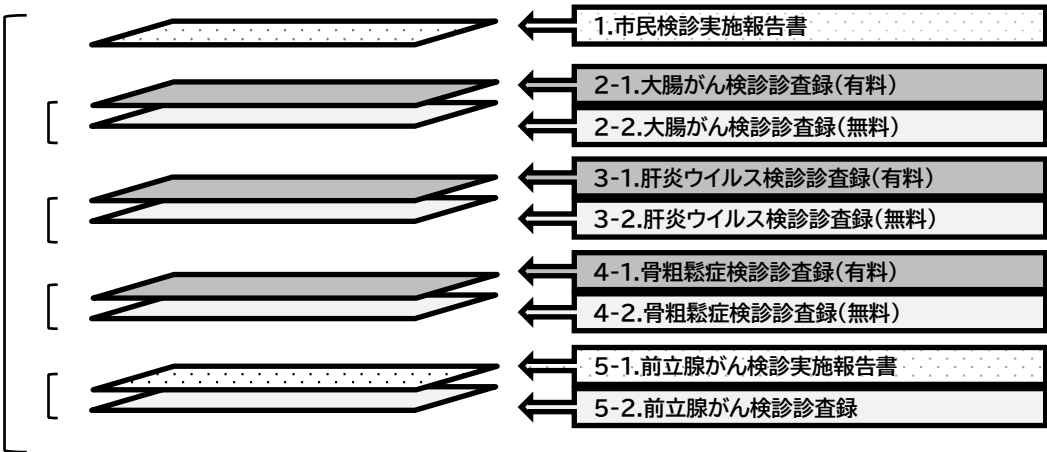
福島市市民検診登録内容変更届

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫			支店名	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店					
	口座区分	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座		口座番号 (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。