

◎ 太枠の中の項目について黒のボールペンで記入してください。◎ 問診項目は必ず事前に記入し切り離しておいてください。問診にかかる時間が短くなります。



# 玉野市 胸部レントゲン検診票 (令和6年度)

◎ 太枠の中の項目について記入してください。

受診日
-----

受付番号		喀痰受診の希望	有	無
氏名		性別	男	女

年度末年齢は令和7年3月31日時点の年齢をご記入ください。

40歳以上対象

年度末年齢
年齢
歳

受付番号		喀痰受診の希望	有	無							
フリガナ		性別	男	女	生年月日	大正	昭和	年	月	日	年度末年齢
氏名											年齢
住所	玉野市					電話	—				歳
						携帯	—	—			

記入された個人情報は厳重に守られます。

## ■ 問診

### 1. たばこについて

- 1. すわない
- 2. たばこを ( ) 歳からやめた。やめる前は ( ) 歳から1日 ( ) 本吸っていた。
- 3. たばこを ( ) 歳から吸っている。1日何本、何年間吸っていますか。

1日の平均喫煙本数 × 喫煙年数を計算してください。

$$\boxed{1 \text{ 日}} \quad \boxed{\text{本}} \quad \times \quad \boxed{\text{年間}} \quad = \quad \boxed{\text{喫煙指数}}$$

### 2. 6か月以内に「血痰」がでたことがありますか。

(ある ・ ない)

### 3. 妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。

(ある ・ ない)

※妊娠中または妊娠の可能性のある人は受診できません。

## 「喀痰(かくたん)検査」について

- 肺がんを調べる検査です。
- 主に50歳以上で、喫煙指数が600以上の方が対象です。
- 胸部レントゲン検診当日に、検診会場で痰(たん)をとる容器と、封筒をお渡しします。
- 痰(たん)が出ない方は検査できません。唾(つば)では検査できません。
- 痰(たん)を3日間とってもらいます。
- 痰(たん)がとれたら検査機関へ郵送してください。
- 検査料金は500円です。(70歳以上は無料です。)





# 玉野市 胃がん検診票(胃部X線検査) (令和6年度)

◎ 太枠の中の項目について記入してください。

受診日

受付番号

氏名		性別	男 女
----	--	----	--------

年度末年齢は令和7年3月31日時点の年齢をご記入ください。

40歳以上対象

年度末年齢	
年齢	歳

受付番号

フリガナ		性別	男 女	生年月日	大正 昭和	年	月	日	年度末年齢
氏名									年齢
住所	玉野市	電話	—		携帯	—			歳

記入された個人情報は厳重に守られます。

## ■ 問診

次の問いに○をつけるか、または記入してください。

- 妊娠している、または妊娠しているかもしれない。  
1) いいえ 2) はい \*妊娠中及び妊娠の疑いのある人は受診できません
- 検査前の最後の食事はいつ頃ですか。  
1) 昨夜( 時頃) 2) 今朝 \*飲食後8時間経過していない人は受診できません
- お腹の手術を受けたことがありますか。  
1) いいえ 2) はい \*手術をした人は受診できない場合があります(裏面をご確認ください)
- 今までに胃または大腸のX線(バリウム)検査を受診したことがありますか。  
1) ある ⇒ 検査の後に何か症状がありましたか。 \*過去に症状があった人は受診できません  
・ない ・ある ⇒ 1) 強い吐き気、腹痛 2) じんま疹及び発赤、口唇のはれ  
3) 気分不良、顔色が青白くなる、手足がつめたくなる、喉が詰まる、息苦しいなど  
4) その他( )  
2) ない ⇒ 今までに薬や食物などで、アレルギー症状を起こしたことがありますか。  
・ない ・ある 具体的に( )
- 前回胃がん検診を受診したのはいつですか。  
・いつ: 1) ( 年 月 日) 2) 4年以上前または初回  
・どこで: 1) 検診車 2) 人間ドック 3) 病院  
・方法: 1) X線(バリウム) 2) 内視鏡  
・結果: 1) 異常なし 2) 要精検(判定: ) そのときの精密検査結果(判定: )
- ピロリ菌(ヘリコバクターピロリ菌)の検査を受けたことがありますか。  
1) ない 2) ある ⇒ ・ピロリ菌がいると言われた ⇒ (I) 治療(除菌)していない  
・ピロリ菌がいないと言われた (II) 治療(除菌)した( 年 月頃: 成功 失敗)  
・どちらか覚えていない (III) 治療(除菌)中( 年 月頃から)
- 胃の調子はどうですか。  
1) 良い 2) 悪い ⇒ どんな症状ですか 何月前から( 食後 空腹時 いつも )  
・痛み ・吐き気 ・食欲不振 ・胸焼け ・もたれ ・げっぷ ・その他( )
- 便秘はどうですか。  
1) 良い 2) 悪い ⇒ ・便秘 ・下痢 ・黒い便がでる
- バリウムを飲むと便秘になりますか。  
1) いいえ 2) はい
- 最近体重の変化はありますか。  
1) なし 2) あり( 何月前から kg 増加 ・ 減少 )
- 親族の人に胃がんを患った人はいますか。  
1) いない 2) いる ⇒ ( 両親 兄弟 祖父母 子 おじ・おば )

* 医師記入欄	(A) 部位		(B) 所見の種類		(C) 所見の出現	(D) 判定	指示	フィルム No.
	(ア)	(イ)	(ア)	(イ)				
0. 穹隆部	1. 小 弯	0. 胃角変形	0. レリーフ集中	1. レリーフ	1. 胃がん(疑い含む)	2. 胃潰瘍	放置 精検 観察 再検査	
1. 噴門部	2. 後 壁	1. 小弯短縮	1. ニッセル様突出	2. 腹臥位	3. 胃ポリープ	□胃過形成性ポリープ		
2. 胃体部	3. 大 弯	2. 瀑 状	2. 辺縁不整	3. 背臥位	□胃底腺ポリープ			
3. 胃角部	4. 前 壁	3. 蝸牛殻翻転	3. フレック	4. 正面	4. 胃潰瘍癒痕			
4. 前庭部		4. 軸 捻	4. 欠損様	5. 第1斜位	5. 胃炎	□萎縮性 □びらん性 □皺襞腫大		
5. 幽門部		5. 弯 入	5. 粗大レリーフ	6. 第2斜位	□鳥肌 □その他			
6. 球 部		6. 下 垂	6. アレアの乱れ	7. 右側臥位	6. 十二指腸潰瘍	7. 十二指腸潰瘍癒痕		
7. その他		7. 球部変形	7. 辺縁強直	8. その他	8. その他	□胃粘膜下腫瘍 □食道疾患(逆流性食道炎)		
		8. その他	8. その他	( )	( )	10. 異常なし		



裏面も内容確認のうえ、ご署名ください

◎ 太枠の中の項目について黒のボールペンで記入してください。

◎ 問診項目は必ず事前に記入し切り離しておいてください。問診にかかる時間が短くなります。

# 胃がん検診を受診される皆様へ

## 受診前の注意事項

- ◆ 飲食後 (ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶 等含む) 8 時間以上経っていない人は受診できません。
- ◆ 胃がん検診安全基準に該当する人は受診できません。当日の体調や問診等で受診できない場合があります。
- ◆ 胃・十二指腸の治療中または経過観察中の人は、かかりつけ医療機関で受診してください。
- ◆ 検査当日は禁煙をしてください。ガム・飴・ジュース・コーヒー・紅茶等も口にしないでください。
- ◆ 血圧の薬を服用中の人は、検診 2 時間前までにコップ一杯程度の水または白湯で服用してください。
- ◆ ベルト、ポタン、ファスナー、ホックがない服装で、磁気治療具・腹巻・コルセットは外してください。
- ◆ 呼吸器疾患のある人は誤嚥により症状が悪化する場合があります。
- ◆ 次の場合は必ず医療機関を受診してください◆
  - ◎ バリウムや緩下剤服用後に下記のような過敏症 (アレルギー症状) が発現した場合。  
強い吐気、腹痛、じんましん、発赤、唇の腫れ、喉がつまる、息苦しい、冷汗、気分不良、顔色が青白くなる 等。
  - ◎ 検査翌日夕方までにバリウム便が排出されないまま放置した場合。バリウム便が排出されないまま放置すると、腸が詰まる、腸に穴が開く恐れがあります。

## 胃がん検診安全基準

安全に検診を行うために基準を設けています。受診される人は、胃がん検診安全基準を十分確認のうえ、すべて該当しない (すべて "いいえ") 場合には、同意欄にご署名ください。

- ①バリウムや緩下剤で下記のような過敏症 (アレルギー症状) がでたことがある。  
強い吐気、腹痛、じんましん、発赤、唇の腫れ、喉がつまる、息苦しい、冷汗、気分不良、顔色が青白くなる 等。
  - ②妊娠中の人。あるいは、妊娠の可能性がある。
  - ③植込み型除細動器を装着している。
  - ④インスリンポンプ及び持続グルコース測定器を装着している。
  - ⑤次の基準に該当している。
    - ・体重が 110kg を超えている。 ・腹部手術を受けたことがある。 ・便秘症で、すでに 3 日以上排便がない。
    - ・血圧が収縮期 180mmHg、または拡張期 110mmHg を超えている。
    - ・現在、腹痛などの腹部症状がある。潰瘍性大腸炎、クローン病で治療中 (経過観察中を含む) である。
    - ・過去 1 年以内に内視鏡でポリープや粘膜を切除した。 ・腎臓病 (人工透析) などで水分制限を受けている。
    - ・過去 1 年以内に腸閉塞、心筋梗塞、脳梗塞、起こした。またはそれらを繰り返したことがある。
    - ・自力で立つことができない、階段の昇降ができない。撮影台の手すりを掴み身体を支えることができない。
    - ・食事中よくむせることがある。ものがうまく呑み込めない。 ・呼吸器疾患等で酸素吸入をしている。
- 胃がん検診安全基準を十分確認しました。また、上記基準に該当しません。 はい

## ・腹部手術をされた人

腹部手術とは開腹手術・腹腔鏡手術をさします。手術後の癒着によって腸閉塞や腸穿孔などの危険性が、腹部手術をしていない人に比べ高くなると考えられるため、原則受診いただけません。

食道・胃・腸・肝臓・胆のう・すい臓・脾臓・腎臓などの内臓や虫垂 (もうちょう) ・子宮・卵巣など産婦人科系や前立腺など泌尿器科系の手術も含まれます。

ただし、以下①~③の項目すべてを満たす人で、ご署名をいただいた場合のみ胃がん検診を受けることができます。

※「20 歳未満に受けた手術」と「出産のための帝王切開」のみ、リスクの程度を考慮し、項目 2 を緩和できる場合があります。

- ① 手術後 1 年以上経過している
- ② 手術後に胃がん検診 (バリウム検査) を受け、何も症状がでなかった
- ③ 「手術後は腸管癒着により腸閉塞や腸穿孔のリスクが高い」ことを理解された上で、検査を強く希望している

全ての注意事項の内容を確認し、同意のうえ受診します。署名：

バリウム説明





# 玉野市 乳がん検診票 (令和6年度)

◎ 太枠の中の項目について記入してください。

受診日

受付番号

氏名		性別	女
----	--	----	---

年度末年齢は令和7年3月31日時点の年齢をご記入ください。

40歳以上対象

年度末年齢	
年齢	歳

受付番号

フリガナ		性別	女	生年月日	大正昭和	年	月	日	年度末年齢
氏名									年齢
住所	玉野市	電話	—	携帯	—	—			歳

記入された個人情報は厳重に守られます。

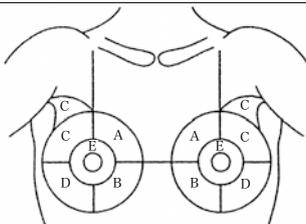
身長 ( cm) 体重 ( kg)

■ 問診 次の問いに○をつけるか、または記入してください。

1. 豊胸手術を受けていますか。 有・無
2. ペースメーカーを挿入していますか。 有・無
3. 乳房内にチューブ等の異物を挿入していますか。 有・無
4. 妊娠中、または妊娠の可能性がありますか。 有・無
5. 今現在授乳中ですか。 有・無
6. お乳で気になることがありますか。
  - ア. ある
  - イ. ない
    1. しこり (右・左)
    2. 痛み
    3. はり・重苦感
    4. 変形
    5. 乳房から汁がでる
    6. その他
7. 乳がん検診を受けたことがありますか。
  - ア. 受けたことがある
    - 視触診 ( 年 月 日 診断名 )
    - マンモグラフィ ( 年 月 日 診断名 )
  - イ. 受けたことがない (今回が初回)
8. 乳がんの自己検診をしていますか。
  - ア. 毎月している
  - イ. 時々している
  - ウ. したことがない
9. 身内で乳がんの人はいますか。
  - ア. いる (母 祖母 おば 姉妹)
  - イ. いない
10. 今、月経前 (次回の月経1週間前) 又は月経中ですか。
  - ア. はい
  - イ. いいえ
  - ウ. 閉経
  - エ. わからない
11. お乳の病気になったことがありますか。
  - ア. ある (病名 )
  - イ. ない
12. 乳房の手術をしたことがありますか。
  - ア. ある ( 年 月 : 右・左)
  - イ. ない
13. 過去の乳がん検診で注意を受けたことがありますか。
  - ア. ある (内容 )
  - イ. ない
14. 出産回数 ( ) 回 初産 ( ) 歳 / 最終産 ( ) 歳
15. ホルモン剤を服用していますか。
  - ア. ある
    - 1. 服用中
    - 2. 過去にあり ( ) 年頃
  - イ. ない

※1~5で“有”の人は乳がん検診を受診できません。

## 検 診 所 見 (視触診)



1. 腫 瘍 : 無・有 (右・左)
- 硬 結 : 無・有 (右・左)
2. 乳頭所見 : 無・有
  - (陥 凹) : 右・左
  - (びらん) : 右・左
  - (異常分泌) : 右・左
3. 腋窩リンパ節腫脹 : 無・有 (右・左)
4. その他 :

診 断 名	1. 異常を認めず 2. 乳がん (疑を含む) 3. 乳腺症 4. 乳腺痛症 5. 線維腺腫 6. その他 ( )
-------	--

指 導 区 分	1. 異常を認めず 2. 経過観察 (再検 月 日後) 3. 要精検 4. 要治療
	診察医

◎ 太枠の中の項目について黒のボールペンで記入してください。

◎ 問診項目は必ず事前に記入し切り離しておいてください。

問診にかかる時間が短くなります。



裏面の氏名欄に記入してください

様式2 (乳)マンモ併用方式

1 方向 (50歳以上)	2 方向 (40歳以上49歳以下)
-----------------	----------------------

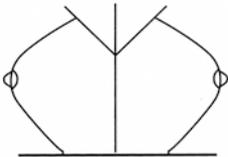
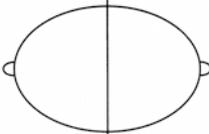
## 乳がん検診票 (マンモグラフィ)

マンモ  
医療機関

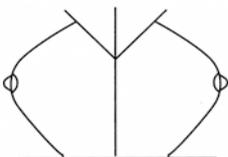
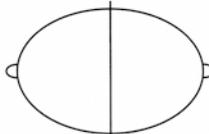
受付番号	氏名	フィルム 番号	撮影年月日	年 月 日
------	----	------------	-------	-------

### マンモグラフィ読影所見および結果

①読影年月日 \_\_\_\_\_ 読影医 \_\_\_\_\_

カテゴリー	右 所 見	MLO	左 所 見	カテゴリー
I	1. 腫 瘤		1. 腫 瘤	I
II	2. 粗大石灰化 微細石灰化		2. 粗大石灰化 微細石灰化	II
III	3. 非対称 構築の乱れ		3. 非対称 構築の乱れ	III
IV	リンパ節		リンパ節	IV
V	皮膚所見, 他		皮膚所見, 他	V
N	4. 要再検		4. 要再検	N
	5. 読影不能		5. 読影不能	

②読影年月日 \_\_\_\_\_ 読影医 \_\_\_\_\_

カテゴリー	右 所 見	MLO	左 所 見	カテゴリー
I	1. 腫 瘤		1. 腫 瘤	I
II	2. 粗大石灰化 微細石灰化		2. 粗大石灰化 微細石灰化	II
III	3. 非対称 構築の乱れ		3. 非対称 構築の乱れ	III
IV	リンパ節		リンパ節	IV
V	皮膚所見, 他		皮膚所見, 他	V
N	4. 要再検		4. 要再検	N
	5. 読影不能		5. 読影不能	

1. 異常なし
2. 経過観察 (再検 \_\_\_\_\_ か月後)
3. 要精検..... 精検票発行
4. 要マンモグラフィ再検 (画像不良)
5. マンモグラフィ無効 視触診判定

乳腺の評価 1. 高濃度 2. 不均一高濃度 3. 乳腺散在 4. 脂肪性

	右乳房	左乳房
フィルム評価	1. 体動 2. 撮影条件不良 ( _____ ) 3. ポジショニング不良 4. マンモグラフィ不適 5. その他 ( _____ )	1. 体動 2. 撮影条件不良 ( _____ ) 3. ポジショニング不良 4. マンモグラフィ不適 5. その他 ( _____ )





# 玉野市 子宮頸がん検診票 (令和6年度)

◎ 太枠の中の項目について記入してください。

受診日

受付番号

氏名		性別	女
----	--	----	---

年度末年齢は令和7年3月31日時点の年齢をご記入ください。

20歳以上対象

年度末年齢	
年齢	歳

受付番号

フリガナ		性別	女	生年月日	大正昭和 平成	年	月	日	年度末年齢
氏名									年齢
住所	玉野市	電話	—	携帯	—	—			歳

記入された個人情報は厳重に守られます。

## ■ 問診

次の問いに○をつけるか、または記入してください。

1. 出産の経験がありますか。 なし・あり⇒出産回数 ( 回)
2. 月経（生理）の様子はどうですか。  
閉経 ( 歳)  
※以下は、現在生理のある人のみお答えください。  
生理（順・不順）生理痛（あり・なし）生理の量（多・普・少）  
一番最近の生理は 令和 年 月 日～ 月 日
3. 婦人科の病気をしたことがありますか。  
なし・あり⇒子宮がん 子宮筋腫 子宮内膜症 卵巣嚢腫 頸管ポリープ 高度子宮後屈 膣炎 その他 ( )  
婦人科の手術をしたことがありますか。 なし・あり ( 年 月 日、手術名 )
4. 子宮頸がん検診を受けたことがありますか。  
なし・あり⇒ 年 月 日  
※精密検査が必要と言われたことがありますか。  
なし・あり⇒ 年 月 日
5. 家族にがんにかかった人がおられますか。  
なし・あり⇒続柄 ( )  
子宮がん・卵巣がん・その他 ( )
6. 現在気になる症状がありますか。  
なし・あり⇒不正出血 痛み むくみ おりもの しこり その他 ( )  
検診では症状についての診療は行いません。
7. 現在以下の治療をしていますか。  
ホルモン剤 なし・あり  
子宮内避妊器具 なし・あり

個人コード	検診月日		所見内訳		
	受付番号				
所見(内診・視診)指導	検体番号	所見	指導区分	0. 異常なし 9. 筋腫性子宮 18. 子宮脱 1. 膣部びらん 10. 卵巣のう腫 19. 膣カンジタ症 2. 膣炎 11. 高度子宮後屈 20. 附属器炎 3. 老人性膣炎 12. 膣壁下垂 21. 尿路疾患 4. 頸管ポリープ 13. ナボット氏小体 22. 子宮内膜炎 5. 尿道口カルシウム 14. バルトリン腺のう腫 23. 子宮がん 6. 頸管炎 15. 外陰炎 99. その他 7. 白斑症 16. 膀胱炎 8. 子宮筋腫 17. 機能的出血	
			B. 放置 C. 経過観察 H. 要医療		
			B. 放置 C. 経過観察 H. 要医療		
			B. 放置 C. 経過観察 H. 要医療		
検診結果	細胞診検体の適否	適正・不適正 ( )			
	細胞診	0. NILM	10. 判定不能		
		1. ASC-US	2. ASC-H	3. LSIL	4. HSIL
		6. AGC	7. AIS	8. Adenocarcinoma	
	コメント ( )	□ 精検票発行			
HPV 検査	(-) (+)				



◎ 太枠の中の項目について黒のボールペンで記入してください。

◎ 問診項目は必ず事前に記入し切り離しておいてください。問診にかかる時間が短くなります。



# 玉野市 前立腺がん検診票 (令和6年度)

◎ 太枠の中の項目について記入してください。

受診日

受付番号

氏名		性別	男
----	--	----	---

年度末年齢は  
令和7年3月31日時点の  
年齢をご記入ください。

40歳以上対象

年度末年齢	
年齢	歳

受付番号

フリガナ	-----	性別	男	生年月日	大正昭和	年	月	日	年度末年齢
氏名									年齢
住所	玉野市	電話	—	携帯	—	—			歳

記入された個人情報は厳重に守られます。

《問診》 次の問いの該当するものに○をつけるか、または記入してください

### 1. 尿の出かたについてお聞きします

- (1) お腹に力を入れないと尿が出にくいですか ①はい ②いいえ
- (2) トイレに立って尿が出てくるまで時間がかかりますか ①はい ②いいえ
- (3) 尿が全部出るのに時間がかかりますか ①はい ②いいえ
- (4) 尿のいきおいが弱いですが ①はい ②いいえ
- (5) 排尿中に尿が途切れることがありますか ①はい ②いいえ
- (6) 排尿後に尿がまだ残っているような感じがしますか ①はい ②いいえ
- (7) 尿をするときに痛むことがありますか ①はい ②いいえ
- (8) 最近、血尿が出たことがありますか ①はい ②いいえ
- (9) 朝起きて夜寝るまで何回トイレに行きますか ( )回
- (10) 夜寝てから朝起きるまでに何回トイレに起きますか ( )回

2. 背中が痛むことがありますか ①はい ②いいえ

3. 腰や太もも(下肢)のあたりが痛むことがありますか ①はい ②いいえ

4. 前立腺の病気で、最近治療を受けましたか  
①受けていない ②受けた ③治療中( )病院、医院

5. 今までに前立腺の検診を受けたことがありますか ①ない ②ある( )年前  
あると答えた人 その結果は〔・異常なし ・所見あり(病名: )〕

6. あなたの血縁者ががんにかかった人がいますか ①いない ②いる  
いると答えた人 がんにかかった人の間柄( ) 部位( )

検査結果	P S A測定値 ng / ml				
	判定	1. 異常なし		2. 要観察	
コメント	1. 治療中	2. 肥大疑い	3. 排尿痛	4. 血尿	5. その他( )

◎ 太枠の中の項目について黒のボールペンで記入してください。

◎ 問診項目は必ず事前に記入し切り離しておいてください。問診にかかる時間が短くなります。





# 玉野市歯周疾患検診票 (令和6年度)

(太枠の中をご記入ください)

検査日 年 月 日 No

氏名	フリガナ	男	生年月日	年	住	玉野市
		女		齢	所	電話 ( )

[あてはまるところに○をつけ、( )内には必要な事項を記入してください]

**○歯みがきは1日何回しますか**  
 a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上  
**b~d. を選んだ方は、1回あたり何分みがきますか**  
 ( )分

**○歯間ブラシまたはフロスを使っていますか**  
 a. 毎日 b. 週1回以上 c. 月1~3回 d. 使っていない

**○過去1年間に歯科検診を受診しましたか**  
 a. はい b. いいえ

**○自分の歯や口の状態について気になることや聞きたいことを、自由に記載してください**  
 ( )

**○たばこを吸ったことがありますか**  
 a. 現在吸っている ( )本/日で( )歳から( )年間  
 b. 昔吸っていた ( )本/日で( )から( )歳の( )年間  
 c. 吸ったことがない

**○全身の状態であてはまるものはどれですか**  
 a. 糖尿病 b. 関節リウマチ  
 c. 狭心症・心筋梗塞・脳梗塞 e. 内臓型肥満  
 d. 妊娠 f. その他( )

### 現在歯・喪失歯の状況 (喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. 健全歯数 (✓)		2. 未処置歯数 (○)		3. 処置歯数 (○)		4. 現在歯数 (1+2+3)		5. 要補綴歯数 (△)		6. 欠損補綴歯数 (⊖)		補綴状況 (Br.,義歯, インプラント)					

### 歯肉の状況

	17または16	11	26または27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47または46	31	36または37
	個人コード(最大値)	歯肉出血	
		歯周ポケット	

**[歯肉出血BOP]**  
 0: 健全  
 1: 出血あり  
 9: 除外歯  
 ×: 該当歯なし

**[歯周ポケットPD]**  
 0: 健全  
 1: 浅いポケット  
 2: 深いポケット  
 9: 除外歯  
 ×: 該当歯なし

### 口腔清掃状態

1. 良好  
2. 普通  
3. 不良

**歯石の付着**  
 1. なし  
2. 軽度(点状)あり  
3. 中等度(帯状)以上あり

### その他の所見

- ・歯列咬合 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・顎関節 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・粘膜 1. 所見なし 2. 所見あり
- ・その他

### 判定区分

1. 異常なし ・ CPI: 歯肉出血0、かつ、歯周ポケット0	2. 要指導 a. CPI: 歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0 b. 口腔清掃状態不良 c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上) d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する	3. 要精密検査 a. CPI: 歯周ポケット1 b. CPI: 歯周ポケット2 c. 未処置歯あり d. 要補綴歯あり	e. 生活習慣や基礎疾患等、更に詳しい検査や治療を要する f. その他の所見あり(更に詳しい検査や治療が必要な場合)
------------------------------------	--	--	---

### 指導内容・目標

検査者(医療機関)名 (医療機関コード: )

### [市町村への連絡事項]

- 検査した医療機関にて指導予定
- 検査した医療機関にて治療・経過観察・定期検診予定
- 他医療機関(歯科)を紹介(紹介先: )
- 他医療機関(内科)を紹介(紹介先: )

歯周疾患検診を受診し、結果の説明と保健指導を受けました。 署名 \_\_\_\_\_



◎ 太枠の中の項目について黒のボールペンで記入してください。 ◎ 問診項目は必ず事前に記入し切り離しておいてください。 問診にかかる時間が短くなります。

キ  
リ  
ト  
リ

キ  
リ  
ト  
リ

◎ 太枠の中の項目について黒いボールペンで記入してください。

<b>申請に必要なもの</b>
受診する人の健康保険証 代理申請の場合…上記に加え、代理人の健康保険証等身分を証明するもの ※代理人が施設職員の場合…「名刺」または「身分証明書のコピー」

- 玉野市国民健康保険特定健康診査費用減免申請書  
 玉野市後期高齢者等健康診査費用減免申請書  
 玉野市各種検診費用免除申請書

年 月 日

玉野市長 殿

私は、上記費用・実費の減額及び免除を受けたいので、下記のとおり申請します。  
 なお、本申請により、市民税の課税状況または生活保護の受給状況について、確認されることに同意いたします。

受診する人	住所 玉野市	電話番号	
	ふりがな	生年月日	受付番号
	①氏名	大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)	
	ふりがな	生年月日	受付番号
	②氏名	大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)	

**減額及び免除申請の事由（申請する事由に○をつけてください）**

1. 生活保護を受けている世帯に属している。
2. 市民税を課税されていない世帯に属している。

窓口に来た人	住所	受診する人との続柄（施設名）
	ふりがな	電話番号
	氏名	

これより下は市記入欄です。記入しないでください

<b>《事務処理手順》</b>	受付場所 健・保・福	受付 ( )
1) 受診者の本人確認：保険証・免許証・マイナンバーカード・その他 ( )		
2) 保険証種別確認：国保・後期・その他 ( )・生保		
3) 窓口に来た人の本人確認：保険証・免許証・名刺・マイナンバーカード・その他 ( )		
4) 国保特定健診の場合のみ：資格確認（無の場合は発行不可）① 有・無 ② 有・無	減免可否 ①	減免可否 ②
5) 減免可否確認・事務処理		
1. 生活保護	福祉政策課保護係（担当： ）に電話確認	
2. 市民税非課税	住基世帯（税務画面）… 年度分と照合	
発行日 / /	発送日 / /	発送者
	①	②
国保特定健診		
後期高齢者健診		
各種検診		