

令和6年度版

所沢市前立腺がん個別検診 実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL 04-2991-1811

FAX 04-2995-1178

(令和6年6月改訂)

1 概要

1 検診の目的

前立腺がんの早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

3 対象者

検診時、本市に住民票がある男性で、本年度に満50歳、満55歳、満60歳、満65歳、満70歳、満75歳及び満80歳となる方。

※ただし、本年度既に市の前立腺がん検診を受診した方は、対象者から除く。

対象者生年月日

50歳	S49.4.1～S50.3.31
55歳	S44.4.1～S45.3.31
60歳	S39.4.1～S40.3.31
65歳	S34.4.1～S35.3.31
70歳	S29.4.1～S30.3.31
75歳	S24.4.1～S25.3.31
80歳	S19.4.1～S20.3.31

4 周知

- ・対象者のうち70歳までには受診券を送付。75・80歳は、他の検診を2年度以内に未受診の方に勧奨通知を送付。
- ・全戸配布の「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページに掲載。

5 受診券取得方法

(1) 申込不要で受診券が届く方

●令和6年4月30日時点で所沢市に住民票があり、①～③のいずれかに該当する方

①令和4年4月1日～令和6年3月31日に所沢市の検診を受診した方(結核検診・肝炎ウイルス検診を除く)

②国民健康保険加入者で40～69歳(令和7年3月31日時点の年齢)の方

③以下の年齢(令和7年3月31日時点の年齢)、性別に該当する方

40～70歳の5歳刻みの男性、20～70歳の5歳刻みの女性

(2) 受診券発行の申請が必要な方

●①～③に該当しない方は、以下のいずれかの方法で受診券の発行申請をする。

- ・電子申請、電話、FAX、窓口

6 実施期間と実施医療機関

- ・受診券到着～令和7年2月28日（金）

7 一部負担金

1,000円

ただし、市民税非課税世帯に属する方及び生活保護法による被保護世帯に属する方で、受診時に必要書類を提示した場合は負担金免除となる。該当する場合は検診票右上に赤字で「一部負担金免除」と記入し、**証明書はコピーをとり原本は本人に返却する。**

必要書類は次のとおり。

(1) 市民税非課税世帯に属する方

- ・市県民税所得課税証明書（交付日が令和6年6月以降で、**保健センター検診用**の朱印があるもの）

※**保健センター検診用**の朱印がないと負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

※平成29年12月から市県民税所得課税証明書のコンビニ交付が可能です。

コンビニ交付の場合は**保健センター検診用**の朱印がないため、必ず保健センターに確認してください。

(2) 生活保護法による被保護世帯に属する方

- ・生活保護受給証明書（令和6年度に発行されたもの）

8 請求方法

(1) 委託料は、1か月分を取りまとめて市指定の請求書に記載し、「前立腺がん検診票（①市提出用）」を添えて提出する。

提出先：保健センター健康管理課

		提出締切日
5月分	検診票及び請求書	6/10（月）必着
6月分	検診票及び請求書	7/10（水）必着
7月分	検診票及び請求書	8/9（金）必着

8月分	検診票及び請求書	9/10 (火) 必着
9月分	検診票及び請求書	10/10 (木) 必着
10月分	検診票及び請求書	11/8 (金) 必着
11月分	検診票及び請求書	12/10 (火) 必着
12月分	検診票及び請求書	1/10 (金) 必着
1月分	検診票及び請求書	2/10 (月) 必着
2月分	検診票及び請求書	3/10 (月) 必着

(2) 内容を審査し、請求のあった医療機関に口座振替で支払う。

※ご注意ください※

- ① ご提出はご来庁または、ご郵送でも受け付けております。なお、提出期限は医療機関様のお手元を離れる日ではなく、当センターに到着する最終日ですのでご注意ください。
- ② 締め切り間近での普通郵便による提出は現在所沢市内でも翌日には到着しませんのでご注意ください。個人情報保護及び紛失等の事故を防ぐためにも、ご郵送の場合はレターパック等をお勧めいたします。

2 検診の実際

1 検診のながれ

受診券発行申請

受診券の発行申請が必要な方は保健センターに申請する。

受診券の送付

保健センターから受診者に

- ① 所沢市検診受診券(A4用紙1枚に8枚のシールが配されているもの)
- ② 所沢市がん検診等のご案内(12ページの冊子)
- ③ はがき(保健センターでの集団検診予約用)を送付する。

受診予約

受診者が希望の医療機関に予約をする。

検診の受付

医療機関は

1. 前立腺がん検診の対象者であることを確認する。(受診券^{添付1}に前立腺がん検診のシールがある方は対象者であり、今年度未受診の方)

※ただし、前立腺がん検診のシールがある場合でも、市の検診以外(勤務先等の検診)で、最低年1回同等以上の検診を受ける機会のある方は除く

2. 本市に住民票があることを口頭で受診者に確認する。

3. 「前立腺がん検診票」を受診者に渡し、記入してもらう。

4. 所沢市検診受診券の前立腺がん検診のシールを検診票の1枚目の受診券貼付欄に貼り付ける

5. 費用を徴収する。

※市民税非課税世帯・生活保護世帯の方で費用が免除になる方は証明書を認める。

検査の実施

- ・問診事項を確認する。
- ・採血を実施し、P S A値を測定する。
- ・結果の説明日時と通知方法を受診者に伝える。

結果の説明及び精密検査の対応

- ・検診票に必要事項を記入する。
- ・原則、対面で結果を説明し、その際に検診票「③結果通知用」を受診者に渡す。(郵送での結果通知を希望する方のみ郵送可)
- ・検診結果については、少なくとも5年間保存する。
※総合判定が「要精密検査」だった場合の対応は、次ページを参照。

検診票と請求書の提出

所定の請求書に「前立腺がん検診票(①市提出用)」を添えて提出する。

提出先：保健センター健康管理課

提出期限：2～3ページ参照

※請求書の記入については、添付資料(添付3)を参照。

※一部負担金免除者は証明書のコピーを添付すること。

2 検診の実施

(1) 問診

前立腺がん検診の受診歴有無、家族歴、既往歴、ホルモン治療、自覚症状等に関する事項を、検診票をもとに聴取・確認する。

(2) 採血

血中P S A値を測定する。(測定値は、小数点第二位以下を四捨五入して第一位までを記入)

※カットオフ値は、「前立腺がん検診ガイドライン2018年版(日本泌尿器科学会編)」に基づきます。

(3) 結果説明(総合判定および検査指示)

- ・検診票にP S A値を記入する。
- ・検診票の総合判定および検査指示欄の判定と対応の両者をまとめて○で囲む。
- ・検診票に実施医療機関名、医師名を記入する。
- ・受診者に前立腺がん検診票(③結果通知用)を渡し、原則として対面で結果を説明する(受診者の都合等でやむをえない場合は、郵送による結果通知を行ってもよいこととします)。
- ・PSA値が基準値を下回っていても、1年後または3年後には、人間ドック・各種健診や保険診療等により再度受診した方がよいことを伝える。

3 総合判定および検査指示が要精密検査となった場合

総合判定が「泌尿器科(専門医)を受診してください」(要精密検査)となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることと、精密検査は保険診療となる旨を説明する。

(1) 精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を精密検査結果連絡票に記入し、保健センター健康管理課宛返信用封筒を使用し、郵送で提出する。

(2) 精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・精密検査依頼書の精密検査結果連絡票の太枠内(氏名・受診者コード(不明の場合は未記入で可)・生年月日・検診受診日・検診時P S A値)を記入。
- ・紹介先医療機関が決定していたら、前立腺がん検診申込書兼検診票の「紹介先医療機関名」欄に紹介先の医療機関名を記入。(決定していない場合は未記入で可)
- ・医療機関長宛の書類を受診者に渡す。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査の参考資料用」封筒に下記2点を封入

- ・精密検査依頼書(太枠内を記入したもの)
- ・返信用封筒(前立腺がん検診精密検査連絡票送付用 所沢市保健センター健康管理課宛)

※必要に応じ、「令和6年度前立腺がん精密検査実施医療機関一覧」を受診者に渡す。

添付1 受診券

令和6年度用 所沢市 検診受診券

〒359 - 0025
 所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1
 保健センター健康管理課
 所沢 花子 様



240307000001 #1-1-000008

受診者コード	999999999		
氏名	所沢 花子		
フリガナ	トコサヅリハコ		
生年月日	昭和30年3月31日	年度年齢	70歳 性別 女

- ① 受診の際は、この受診券を切り離したり剥がしたりしないでこのままお持ちください。
- ② 受診方法などは同封の「がん検診等のご案内」の冊子をご確認ください。
- ③ 受診日前に市外に転出した場合、受診券は使用できません。
- ④ 誤って受診した場合や年度内に同じ検査を複数回受診した場合、2回目以降の検査にかかる費用は全額自己負担として請求されますのでご注意ください。

切り離さないでください

胃がん検診（バリウム）（内視鏡）

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バリウム：集団検診（要予約） バリウム：バス検診（要予約） 内視鏡：個別検診（医療機関に直接予約）	費用 バリウム：1,200円 内視鏡：2,000円	
胃がん検診（バリウム）（内視鏡）		令和6年度用 所沢市

肺がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約） バス検診（要予約）	費用 肺がん：800円 喀痰：700円	
肺がん検診		令和6年度用 所沢市

大腸がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団 個別 大腸	費用	

サンプルのため、名前が印字されていませんが、受診対象の方は名前が印字されています。名前が印字されていることを確認してから、検診の受付をお願いします。

前立腺がん検診

対象ではありません。		
前立腺がん検診		令和6年度用 所沢市

乳がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 40～49歳：1,500円 50歳以上：1,000円	
乳がん検診		令和6年度用 所沢市

子宮頸がん検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 1,000円	
子宮頸がん検診		令和6年度用 所沢市

骨粗しょう症検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 500円	
骨粗しょう症検診		令和6年度用 所沢市

成人歯科検診

所沢 花子	トコサヅリハコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松 1 2 2 4 番地の 1 保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 70歳未満：500円 70歳以上：無料	
成人歯科検診		令和6年度用 所沢市

※今年度受けることができる検診にはシールに名前が印字されています。ご自身の体調等に合わせ必要な検診を選択してください。

添付2 検診票

令和6年度 所沢市前立腺がん検診票

健康診査と同時受診 前立腺がん検診のみ受診

▼太枠内を強めにご記入ください。

住 所	〒 359- 所沢市			【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。		
フリガナ						
氏 名	様					
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳
受診日	令和	年	月	日	電話番号	()

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	今までに前立腺がん検診（PSA検査）を受けたことがありますか はいの場合 ⇒ () 年頃	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	2	血縁者で前立腺がんになった人がいますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	3	今までに前立腺の病気にかかったことがありますか (治療中、経過観察、完治を含む) はいの場合 ⇒ 病名 ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	4	ホルモン治療や男性型脱毛症の治療を受けていますか ※ はいの場合 ⇒ 病名 ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
	5	排尿について気になる症状はありますか はいの場合 ⇒ 症状 ()	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

※ホルモン治療や脱毛症の治療を受けている場合、薬品の影響でPSA値が低くなることがあります。
今回の結果に関わらず、泌尿器科医に相談することをおすすめします。

..... 以下は医療機関記入欄

今回の前立腺がん検診の結果は、次のとおりです。

P S A 値

ng/mL

※小数点第二位を四捨五入して第一位まで記入

総合判定および検査指示			
PSA値 \ 年齢	50歳・55歳・60歳	65歳	70歳・75歳・80歳
1.0ng/mL 以下	<input type="checkbox"/> 3年後検査(基準値以下)	<input type="checkbox"/> 3年後検査(基準値以下)	<input type="checkbox"/> 3年後検査(基準値以下)
1.1ng/mL～ 3.0ng/mL	<input type="checkbox"/> 1年後検査(基準値以下)	<input type="checkbox"/> 1年後検査(基準値以下)	<input type="checkbox"/> 1年後検査(基準値以下)
3.1ng/mL～ 3.5ng/mL	<input type="checkbox"/> 泌尿器科医(専門医)を 受診してください		
3.6ng/mL～ 4.0ng/mL		<input type="checkbox"/> 泌尿器科医(専門医)を 受診してください	<input type="checkbox"/> 泌尿器科医(専門医)を 受診してください
4.1ng/mL 以上			
実施医療機関名		医師名	紹介先医療機関名

添付3 請求書

※今年度から税込単価に変更しております。記入例をご確認の上請求書を作成して下さい！

請求書

記入例

令和6年度 前立腺がん

(あて先) 所 沢 市 長

作成年月日 令和 6 年 9 月 10 日

・名称、代表者役職、代表者名は、市に口座登録をしたとおりに正確にご記入ください。※登録した代表者名がわからない場合は健康管理課へお問い合わせください。
 ・合計金額以外の欄は、訂正印で訂正が可能です(修正テープ等は不可)。

住 所 所沢市上安松1224-1

名 称 医療法人 航空会 保健センター病院

代表者役職 院長 代表者名 所沢 太郎

登録番号* この欄はインボイス制度で使います

請求金額は、下部記載の総合計と一致します。訂正印での訂正は不可。修正する場合書き直します。

※課税事業者の内、該当医院のみ記載

提出する問診票を確認し、提出する検診受診日の期間を記入してください。

請求金額 ¥673,050

前立腺がん検診 (個別) (令和 6 年 8 月 1 日 ~ 令和 6 年 8 月 31 日 実施分)

内 訳			
摘 要	単価(税込)	数量	金 額
前立腺がん検診 個別検査料	5,273	100	527,300 円
前立腺がん検診 個別検査料(一部負担金免除分)	6,292	20	125,840 円
前立腺がん検診 健診同時受診検査料	2,963	0	0 円
前立腺がん検診 健診同時受診検査料(一部負担金免除分)	3,982	5	19,910 円
①合計			673,050 円

※は『軽減税率対象』

消費税			
消費税10%対象金額 ※①と同じ	673,050 円	うち消費税額(10%) ※①÷11	61,186 円
消費税8%対象合計金額	0 円	うち消費税額(8%)	0 円

令和	年	月	日
検査済	◎		

健康推進部

合計金額の消費税相当分(11で割った額)を記載してください。
 ※小数点以下切り捨て

【注意事項】

- ・口座登録の内容(理事長名・院長名、口座名義、住所等)に変更があった場合、速やかに連絡してください。
- ・指定口座への支払いは、請求書を提出いただいてから1~2か月程度かかります。