令和7年度版

肝炎ウイルス検診 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7年5月)

1 概要

1 検診の目的

B型およびC型肝炎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 周知

市内全戸配布の冊子「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページ等に掲載。

4 申し込み

電子申請、保健センター窓口、電話、FAXにより対象者が事前に申し込み、案内が手元に届いてから申込者が医療機関に予約する

5 実施期間

令和7年6月～令和8年2月末日

6 一部負担金

700円

次に該当する方は、証明書の提示で一部負担金が免除になります。

- ・生活保護法による被保護世帯に属する方

必要証明書：生活保護受給証明書（令和7年度中に発行されたもの）

※生活保護医療券では免除の対象となりませんので、受診者には上記書類を取得してもらうようご案内ください。

- ・市民税非課税（世帯員全員が非課税）に属する方

必要証明書：市県民税所得課税証明書

（交付日が令和7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**の朱印がない場合は、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すること。

- ・令和7年1月2日以降に市外から転入してきた方

必要証明書：転入前の市区町村の市県民税所得課税証明書

※転入前の市区町村で取得した証明書には、**保健センター検診用**の朱印は不要です。証明書を持ってきた方は、負担金免除の対象として取り扱ってください

い。

注意！

受け取った証明書は、コピーして原本は本人に返却すること。

2 検診について

1. 対象者

検診時、本市に住民票があり当該年度に満40歳以上の方。ただし、職場での健康診断等において肝炎ウイルス検査を受ける機会のある方及び過去に検診を受けたことがある方を除く。

2. 検診の流れ

1) 申し込み

対象者が所定の方法で保健センター健康管理課に申し込む。

2) 検診票の送付

保健センター健康管理課が申込者に

- ①肝炎ウイルス検診のご案内
 - ②肝炎ウイルス検診票
 - ③肝炎ウイルス検診協力医療機関一覧
- を送付する。

3) 受診予約

申込者が希望の医療機関に予約をする。

4) 検診の受付

予約した医療機関に「肝炎ウイルス検診票」を提出する。

5) 検診の実施

(1) 問診

肝炎ウイルス検診の受診歴有無、肝臓病歴、輸血歴、肝炎の家族歴、入れ墨（刺青）、ピアス、鍼治療歴などを問診票をもとに聴取・確認する。

(2) 採血

HBs 抗原・HCV 抗体検査を実施する。なお、HCV 核酸増幅検査まで必要になることを想定し、必要な本数の採血を行う。

(3) 結果判定と説明

- ・問診票の判定結果欄のB型に、結果を記入する。
- ・問診票の判定結果欄のC型に、判定基準をもとに判定①～④のいずれかにチェック

クを記入。

- ・B型・C型のいずれかで陽性の場合、受診者に精密検査実施医療機関を紹介する。
- ・問診票に実施医療機関名、医師名を記入する。
- ・受診者に肝炎ウイルス検診票の(②結果通知用)を渡し、原則として対面で結果を説明する。

6) 結果説明

検診票に必要事項を記入する。受診者には後日、原則として対面で判定結果及び検査指示を伝える。

※受診者が郵送での結果通知を希望する場合は、郵送でも可。

判定結果が陽性となった場合

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「肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票」に記入し、返信用封筒(保健センター健康管理課宛)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

- ・「肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票」の太枠以外の空欄(氏名・生年月日・検診受診日・受診番号)に記入。 ※受診者コードは空欄で構いません。
- ・「肝炎ウイルス検診陽性者紹介状」を記入し、コピーを取る。「紹介状」は受診者に渡し、コピーは問診票、請求書(診療情報提供料に計上)とともに市に提出する。

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3点を封入

- ・肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票
- ・肝炎ウイルス検診陽性者紹介状
- ・返信用封筒(精密検査依頼書兼結果連絡票 返信用封筒)

※ 必要に応じて、「精密検査実施医療機関一覧」を受診者へお渡しください。

3. 検診票と請求書の提出

提出書類：請求書(P.7)、検診票の「①市提出用」、生活保護受給証明書または市県民税所得課税証明書のコピー

提出先：保健センター健康管理課 検診担当

提出期限：下記参照

	提出締切日
6月分 検診票及び請求書	7/10（木）必着
7月分 検診票及び請求書	8/8（金）必着
8月分 検診票及び請求書	9/10（水）必着
9月分 検診票及び請求書	10/10（金）必着
10月分 検診票及び請求書	11/10（月）必着
11月分 検診票及び請求書	12/10（水）必着
12月分 検診票及び請求書	1/9（金）必着
1月分 検診票及び請求書	2/10（火）必着
2月分 検診票及び請求書	3/10（火）必着

※ご注意ください※

①ご提出はご来局または、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。

4. 肝炎ウイルス検診様式サンプル

1) 肝炎ウイルス検診票

令和7年度 所沢市 肝炎ウイルス検診票

自己負担 あり なし 個別検診 健康診査と同時受診

▼太枠の中をご記入ください。3枚複写になっていますので、強めに記入してください。

検査受診日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
フリガナ			年齢 <input type="text"/> 歳 性別 ☐ 男 ☐ 女
氏名	様		電話 (<input type="text"/>)
住所	〒359- 所沢市		

記入をお願いします。

<検診の目的・確認事項>

この検診は、所沢市が医療機関に委託している事業です。この検診票及び検査の結果は所沢市に提供されます。また、検査の結果「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、フォローアップ事業に同意された方へ、早期治療・重症化予防を目的に所沢市から個別に連絡を行います。検診の目的及び確認事項に同意した方のみ、以下をご記入ください。

<問診項目>①～⑧を記入してください（該当する□に✓）

①	これまでB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	☐ ある（ <input type="text"/> 歳頃） ☐ 無い ☐ わからない
※受けたことがある場合はこの検診を受診できません。 ※健康診断・人間ドック等の血液検査で肝炎の検査をしたことがある場合も「ある」に該当します。		
②	肝機能異常を指摘されたことがありますか。	☐ ある（ <input type="text"/> 歳頃） ☐ 無い
③	輸血歴はありますか。	☐ ある（ <input type="text"/> 歳頃） ☐ 無い
↓ 定期的に肝機能検査を受けていますか。 ☐ はい ☐ いいえ		
④	家族や血縁者にB型肝炎、C型肝炎の人はいますか。	☐ いる ☐ いない
↓ 本人との関係（ <input type="text"/> ）		
⑤	入れ墨（刺青）や鍼治療、ピアスをしたことがありますか。	☐ ある（ <input type="text"/> 歳頃） ☐ 無い
⑥	現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	☐ はい（ <input type="text"/> 歳頃） ☐ いいえ ☐ わからない
⑦	現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	☐ はい（ <input type="text"/> 歳頃） ☐ いいえ ☐ わからない
⑧	所沢市の肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に同意しますか。	☐ 同意する ☐ 同意しない
※同意されますと、陽性の場合、その後の医療機関の受診状況や治療内容等について、年一回程度、確認のため市からご連絡することがあります。また、精密検査受診の際、初回の検査費が埼玉県から助成されます。（一定の要件あり）		

-----【検査実施医療機関記入欄】-----

判定結果	B型	☐ 陰性 ☐ 陽性	
	C型	陰性	☐ 判定④ C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い
		中・低力価	HCV核酸増幅検査 ☐ 陰性 ☐ 判定③
		高力価	HCV核酸増幅検査 ☐ 陽性 ☐ 判定② C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い
実施医療機関名		医師名	B型・C型いずれかで陽性の場合は、精密検査実施医療機関を紹介してください 紹介状発行日 年 月 日 紹介先

①市提出用

2) 肝炎ウイルス検診請求書

請求書

記入例

令和7年度 肝炎ウイルス

(あて先) 所 沢 市 長

作成年月日

令和 7 年 9 月 10 日

・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。

・請求金額以外の欄は、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* T

※課税事業者の内、該当医院のみ記載

請求金額は、下部記載の「①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。

提出する検診票を確認し、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 ¥222,350

肝炎ウイルス検診 (令和 7 年 8 月 1 日 ~ 令和 7 年 8 月 31 日 実施分)

内 訳		単価(税込)	数 量	金 額
個 別	肝炎ウイルス検診 検査料	6,300	10	63,000 円
	肝炎ウイルス検診 検査料(一部負担金免除)	7,000	1	7,000 円
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料	13,300	4	53,200 円
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料(一部負担金免除)	14,000	0	0 円
同 時 受 診	肝炎ウイルス検診 検査料	4,150	15	62,250 円
	肝炎ウイルス検診 検査料(一部負担金免除)	4,850	0	0 円
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料	11,150	2	22,300 円
	肝炎ウイルス検診及びHCV核酸増幅検査料(一部負担金免除)	11,850	1	11,850 円
	診療情報提供料	2,750	1	2,750 円
①合計				222,350 円

※は『軽減税率』

「肝炎ウイルス検診陽性者紹介状」を作成したらこの欄に記入

①合計

222,350 円

消費税10%対象金額 ※①と同じ	222,350 円	うち消費税額(10%) ※①÷11	20,213 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。

3) 精密検査依頼書

肝炎ウイルス検診精密検査依頼書 兼 結果連絡票

医療機関長 様

所沢市保健センター健康管理課
所 沢 市 医 師 会

本状持参の方は、健康増進法に基づく肝炎ウイルス検診の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、恐縮ですが、結果がわかり次第下記の結果連絡票にご記入のうえ、早めにお知らせくださるよう併せてお願いいたします。（「慢性肝炎」、「肝硬変」の場合には、担当からその後の結果を問い合わせる場合がございます。）

氏 名 :		生 年 月 日 :	
受診者コード:		検診受診日 :	
精検受診年月日	令 和 年 月 日	受 診 番 号 :	
検査内容	貴院での実施	(「1. あり」の場合) 以下の実施した <u>すべての</u> 検査に○をつけてください。	
	1. あり →	i. 血液検査 ii. 超音波検査 iii. その他 ()	
	2. なし →	他医療機関を紹介された場合は、下記に紹介先をご記入ください。	
診断結果	1. 肝炎発症なし		
	2. 慢性肝炎		
	3. 肝硬変		
	4. その他 ()		
その後の処置 または 受診者への指示	1. 貴院で治療		【紹介先】 医療機関名 : ----- 所在地 : ----- 電話番号 :
	i. インターフェロン ii. 核酸アナログ製剤		
	iii. インターフェロンフリー治療		
	iv. その他 ()		
2. 貴院で経過観察			
3. 終了			
4. 他医療機関へ紹介			
実施精密医療機関	名称		
	所在地		
	電話(FAX)		
	医師名		