

札幌企第 3003 号
令和 2 年(2020 年)4 月 1 日

札幌市がん検診実施医療機関 代表者 様

札幌市保健福祉局
医務監 矢野 公一
(保健所長事務取扱)
(公 印 省 略)

令和 2 年度札幌市がん検診等委託料のご連絡について

時下、貴職におかれましてはますますご清祥こととお喜び申し上げます。

また、日ごろから本市の保健福祉行政にご協力いただきありがとうございます。

さて、標記検診等の令和 2 年度委託料につきまして、下記のとおりお知らせいたしますので、ご査収の程よろしくお願いいたします。

がん検診等実施状況について別紙のとおりアンケートを実施いたしますので、併せてお知らせいたします。

記

1 令和 2 年度検診料 (委託料)

(1) 検診、検査に要する費用(一人当たり) (円)

		検診料	受診者負担額	札幌市負担額	請求事務手数料
胃がん	エックス線検査	12,441	2,200	10,241	220
	内視鏡検査	17,982	3,500	14,482	220
大腸がん		1,247	400	847	220
子宮がん	頸部のみ	6,908	1,400	5,508	220
	頸部体部	10,978	2,100	8,878	220
	再検査費用	440	0	440	0
乳がん	2 方向撮影	10,914	1,800	9,114	220
	1 方向撮影	6,793	1,400	5,393	220
	超音波検査	3,850	800	3,050	0
前立腺がん	P S A 検査	1,760	500	1,260	220
胃リスク判定	血液検査	3,399	1,000	2,399	220

※ 受診者負担額免除の場合、検診料はすべて札幌市負担となる。

(2) 精密検査結果連絡費 (一人当たり) 220 円

(3) ピロリ菌検査・除菌結果報告 (一人当たり) 550 円

2 アンケート調査票

土・日・祝日及び夜間のがん検診等実施状況、乳がん・子宮がん検診の女性医師等の対応の可否、精密検査の受診勧奨についてお答えください。

別紙アンケート調査票にご記載のうえ、令和2年5月12日(火)までにFAXにてご返信くださいますようお願い申し上げます。

3 大腸がん検診精検結果連絡費請求書（様式3）の差し替え

令和2年3月下旬に送付した大腸がん検診精検結果連絡費請求書（様式3）の精検結果に誤りがありました。正しくは、下記のとおりです。

×修正前

○修正後

精 検 結 果	A 異常認めず	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	B がんであった者	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	C がんの疑いのある者又は未確定	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人
	D がん以外の疾患であった者	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 人



・ A 異常認めず
・ B がんであった者
・ C がんの疑いのある者又は未確定
・ D 腺腫のあった者
・ E がん以外の疾患であった者

つきましては、大腸がん検診実施医療機関あてに修正したものを送付いたしますので、新たに送付したものをご使用いただき、誤りがある請求書については、貴院で廃棄していただけますと幸いです。

4 がん検診無料クーポン券事業に係る検診手帳への記載内容の確認について

令和2年度のがん検診無料クーポン券事業にて作成予定である検診手帳には、例年通り子宮がん・乳がん検診の実施医療機関名簿を掲載いたします。

このたび送付いたしました封筒等に記載のある宛名情報・電話番号・実施がん検診情報等をご確認のうえ、修正が必要な場合は、令和2年5月12日(火)までに、下記担当までご連絡くださいますよう、お願い申し上げます。

なお、令和2年5月12日(火)までに別紙アンケート調査票の「5 その他備考欄」にご記載のうえ、FAXにてご返信いただくことも可能です。

5 担当・問合せ先

札幌市保健所健康企画課がん検診担当

〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目 TEL011-622-5151 FAX 011-622-7221