

〈令和5年度〉

札幌市保健福祉局保健所健康企画課

がん検診担当者 行

FAX(011)622-7221

年 月 日

医療機関名			
住所	〒	—	
		区	
電話番号及び担当者名	電話番号	—	担当者名

必要数を記入してください。

○胃がん検診及び胃がんリスク判定

名称	必要数	名称	必要数
胃がん検診請求書	冊	胃がん検診票兼請求明細書	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書	冊	胃がん検診精検結果連絡票	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票	冊	胃内視鏡検査実施説明書兼同意書	枚
胃がんリスク判定請求書	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書	冊
胃がんリスク判定説明書兼同意書	枚	「ピロリ菌検査のご案内」チラシ	枚
ピロリ菌検査等担当医師様 封筒	枚	ピロリ菌検査結果等在中 封筒	枚

○大腸がん検診

名称	必要数	名称	必要数
大腸がん検診請求書	冊	大腸がん検診票兼請求明細書	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書	冊	大腸がん検診精検結果連絡票	冊

○乳がん検診

名称	必要数	名称	必要数
乳がん検診請求書	冊	乳がん検診票兼請求明細書	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書	冊	乳がん検診精検結果連絡票	冊
乳がん超音波検査の実施に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○子宮がん検診

名称	必要数	名称	必要数
子宮がん検診請求書	冊	子宮がん検診票兼請求明細書	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書	冊	子宮がん検診精検結果連絡票	冊

○前立腺がん検査

名称	必要数	名称	必要数
前立腺がん検診請求書	冊	前立腺がん検診票兼請求明細書	冊
前立腺がん検診精検結果連絡費請求書	冊	前立腺がん検診精検結果連絡票	冊
前立腺がん検査(PSA検査)に係る利益と不利益に関する説明書兼同意書	枚		

○その他必要書類

名称	必要数	名称	必要数
「札幌市がん検診のご案内」チラシ	枚	精検結果在中 封筒	枚
精密検査担当医師様 封筒	枚	「札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ」チラシ(受診者への説明文)	枚
「スーナ先生の喫煙防止禁煙・卒煙講座」パンフレット	冊	子宮がん検診・乳がん検診のご案内チラシ	枚

備考