

令和6年度  
札幌市胃がんリスク判定（医療機関委託）  
実 施 要 領

令和6年4月  
札 幌 市 保 健 福 祉 局

# 目 次

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| ○ 札幌市胃がんリスク判定実施要領 .....             | 1  |
| 1 目 的 .....                         | 1  |
| 2 対象者 .....                         | 1  |
| 3 実施機関 .....                        | 1  |
| 4 検査料・受診者負担額 .....                  | 2  |
| 5 受診者負担額の免除 .....                   | 2  |
| 6 検査内容等 .....                       | 2  |
| 7 検査結果の通知 .....                     | 3  |
| 8 検査料等の請求 .....                     | 4  |
| 9 検査料等の支払 .....                     | 4  |
| 10 偶発症発生時の報告 .....                  | 4  |
| 11 実施期日 .....                       | 4  |
| 12 請求及び問い合わせ先 .....                 | 4  |
| ○ 胃がんリスク判定Q & A .....               | 5  |
| ～よくある問い合わせをまとめました。お問い合わせの前にご一読ください～ |    |
| ○ 請求書等の記載例 .....                    | 10 |
| ・様式1（請求書） .....                     | 10 |
| ・様式2（判定票兼請求明細書） .....               | 11 |
| ・様式3（説明書兼同意書） .....                 | 12 |
| ・様式4（偶発症発生報告書） .....                | 13 |
| ○ 胃がんリスク判定票兼結果通知書（参考-1） .....       | 14 |
| ○ 検診等の請求に関わる事項の変更届様式 .....          | 15 |
| ○ 請求書等の注文FAX様式 .....                | 16 |
| ～ご注文は、できる限りFAXでお願いします～              |    |

## 札幌市胃がんリスク判定実施要領

### 1 目 的

この要領は、胃がんに関する正しい知識に基づき受診を希望する市民に対して実施する札幌市胃がんリスク判定の委託実施に関し、必要な事項を定める。

### 2 対 象 者

札幌市胃がんリスク判定の対象者は、下表のとおりとする。

なお、検査実施医療機関の医師の判断によっては、下表の要件を満たす場合でも受診することができないこともある。

| 項目         | 主な要件           | 留意事項                                                         |
|------------|----------------|--------------------------------------------------------------|
| 住 所        | 札幌市内に居住地を有する方  | ・健康保険証などの証明書類で確認する。<br>・住民票が他市町村にあっても、市内に居住していれば対象とすることができる。 |
| 年 齢        | 受診日当日に満40歳の方   | ・受診日当日に40歳に達していること。                                          |
| 受診間隔       | 一生に1回          | ・ピロリ菌除菌歴のある方の他、札幌市胃がんリスク判定の受診歴がある方、今まで同様の検査を受診された方も対象外。      |
| 他の検査制度との関係 | 職場等で受診する機会のない方 | ・受診者より職場等で当該検査を受診する機会がないことを確認すること。<br>・健康保険の種別は問わない。         |

上記の対象者に該当する方であっても、次に該当する方は、胃がんリスク判定を受診できないものとする。

- ・上部消化器（食道・胃・十二指腸）に自覚症状がある方
- ・上部消化器疾患で治療中の方
- ・胃酸分泌抑制薬の中で、プロトンポンプ阻害薬を服薬中の方
- ・胃切除後の方
- ・腎不全の方
- ・免疫不全・低下の状態、または免疫抑制剤を服用している方

### 3 実施機関

#### (1) 検診実施医療機関の指定

検査実施医療機関は、札幌市医師会が指定する札幌市国民健康保険の特定健診（とくとく健診）の実施医療機関であり、札幌市胃がんリスク判定の実施を希望する医療機関とする。

#### (2) 医療機関情報変更の届出（札幌市への届出）

指定医療機関は、所在地、医療機関名称、委託料振込口座などの情報に変更がある場合、所定の「変更届」（15頁参照）を札幌市に提出するものとする。

### (3) 指定廃止の届出（札幌市医師会への届出）

指定医療機関は、検査の指定を廃止する場合、札幌市医師会へ連絡のうえ、所定の手続きをしなければならない。

## 4 検査料・受診者負担額

|          | 検査料     | (受診者負担額 | 札幌市負担額) | 請求事務手数料 |
|----------|---------|---------|---------|---------|
| 胃がんリスク検査 | 3,531 円 | 1,000 円 | 2,531 円 | 220 円   |

## 5 受診者負担額の免除

下表の免除対象者に該当する方から、受診者負担額の免除の申し出を受けた場合には、それぞれ当該事実を明らかにする下表の証明書類の提示を受けて確認するものとする。（検査受診日当日に証明書類を提示する必要がある。）

証明書類の原本は確認後、本人に返却することとし、下表備考を参照し、写しが必要とされている証明書類については、可能な限りコピーを取って請求書類と一緒に提出すること（受付業務の都合などにより、やむを得ない場合は省略することができる）。

なお、下表に記載のある証明書類以外を使用することはできないものとする。

| 免除対象者<br>※ 1 頁 2 の対象要件<br>に該当すること | 証明書類                                                                                                                         | 備考         |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 市・道民税非課税世帯の方                      | 市・道民税が非課税であることが確認できる書類（「課税証明書」「所得証明書」「納税証明書」）<br>・ 18 歳以上の世帯員全員分<br>・ 均等割額及び所得割額の双方が 0 円であること。<br>・ 市税事務所、区役所の税の窓口で発行（手数料無料） | 可能な限り写しが必要 |
| 生活保護世帯の方<br>(①～③のいずれか)            | ① 生活保護受給証明書<br>② 生活保護世帯健康診査受診券<br>③ 生活保護法による医療券又は介護券(受診日の当月分又は前月分のみ有効)                                                       | 可能な限り写しが必要 |

注) 課税証明書の有効期限など詳細の取り扱いについては、Q&A（7 頁）を参照

## 6 検査内容等

### (1) 問診等

#### ア 説明と同意

胃がんリスク判定説明書兼同意書（様式 3）にて、札幌市胃がんリスク判定の目的・検査方法等を説明の上、同意の署名を取得する。

## イ 問診

胃がんリスク判定票兼請求明細書（様式2-1）により、現在の症状、既往歴等を聴取する。なお、必要に応じて、医療機関で通常使用している帳票等により実施することもできるものとする。

受診時には本市より送付している「受診者への説明文（札幌市がん検診を受診される方へのお知らせ）」を配布することとする。また問診の結果、喫煙者と判明した者に対しては、可能な範囲で、本市より送付している「喫煙防止パンフレット」を配布することとする。

## (2) 検査内容

血液検査（ヘリコバクター・ピロリ抗体検査、血清ペプシノゲン検査）による。

ア ヘリコバクター・ピロリ抗体検査

イ 血清ペプシノゲン検査

## (3) 検査結果の区分

各検査項目の検査結果に応じて、以下の表のとおり、A群～D群で判定する。

【胃がんリスク判定結果】

| 判定結果 | ピロリ菌<br>抗体検査 | 血清ペプシ<br>ノゲン検査 | 胃がん発症リスク |
|------|--------------|----------------|----------|
| A群   | 陰性           | 陰性             | 低        |
| B群   | 陽性           | 陰性             | ↓        |
| C群   | 陽性           | 陽性             |          |
| D群   | 陰性           | 陽性             | 高        |

【判定基準】

- ・血清ペプシノゲン検査陽性基準 PGI $\leq$ 70ng/mlかつI/II比 $\leq$ 3.0
- ・ピロリ菌抗体検査陽性基準 貴院の検査方法（例：LA法、EIA法）及び陽性基準値

## (4) 結果等の保管

実施医療機関は、署名を取得した胃がんリスク判定説明書兼同意書（様式3）及び胃がんリスク判定票兼請求明細書（様式2-1）を少なくとも5年間保存する。

## 7 検査結果の通知

実施医療機関は、胃がんリスク判定結果通知書（様式2-3）などにより、受診者に対し速やかに通知又は面談による説明を行うとともに、事後管理について必要な指導を行うものとする。結果に応じた受診者への指導については下記のとおり。

### (1) 判定結果が「A群」の場合

胃がんが発生するリスクは低いですが、自覚症状等がある場合はかかりつけ医に相談するよう指導する。また、50歳から定期的に胃がん検査を受診するよう勧奨する。

### (2) 判定結果が「B～D群」の場合

判定結果を十分に説明し、精密検査についての案内（内視鏡検査やピロリ菌除菌の必要性）を行う。

## 8 検査料等の請求

### (1) 検査料の請求

#### ア 請求単位

原則、月単位（1日～月末までの1か月単位）で請求するものとする。

なお、当該請求については、検査実施日に基づき請求するものとする。

#### イ 提出期限

請求月の翌月15日まで提出するものとする。（ただし、3月分は4月10日まで）

#### ウ 提出書類

検査料の請求に際しては、以下の書類を札幌市へ提出するものとする。

(ア) 胃がんリスク判定請求書（様式1-1）

(イ) 胃がんリスク判定請求兼報告書（様式1-2）

(ウ) 胃がんリスク判定票兼請求明細書（様式2-2）

※ 様式1は3枚複写で様式1-1及び様式1-2（上から1枚目・2枚目）を札幌市に提出する。残りの3枚目（様式1-3）は、医療機関控えである。

※ 様式2も3枚複写で様式2-2（上から2枚目）を札幌市に提出する。1枚目（様式2-1）は医療機関控え、3枚目は本人控え（様式2-3）である。

#### エ 月遅れ分の請求等

期限までに請求ができなかった分については、月遅れ分として請求することができる。詳細は、Q&A（9頁）を参照のこと。

## 9 検査料等の支払

札幌市は報告に基づき検査を行い、適正な請求であることを確認した日から30日以内に、請求書に記載されている金融機関の預金口座に振り込むものとする。

指定する振込口座の変更等は、必ず事前に所定の「変更届」（15頁参照）を札幌市に提出するものとする。なお、詳細についてはQ&A（9頁）を参照のこと。

## 10 偶発症発生時の報告

以下の重篤な偶発症・偶発症による死亡が発生した場合は、別紙様式4（13頁を複写して使用）により、本市に報告すること。

○ 重篤な偶発症＝入院治療を要するものとする。

例：検査中の転倒による骨折、敗血症等

## 11 実施期日

この要領は、令和6年4月1日から実施する。

## 12 請求及び問い合わせ先

〒060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目1-7 ORE札幌ビル7階

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 がん検診担当

Tel 211-3514 Fax 211-3521

# 胃がんリスク判定Q & A

## 【対象者】

- Q 1 (住所) ..... 6
- Q 2 (他の検査制度・健康保険との関係) ..... 6

## 【実施機関】

- Q 3 (特定健診との関係) ..... 7

## 【受診者負担額の免除】

- Q 4 (免除証明書が後日提示された場合の取扱) ..... 7
- Q 5 (市・道民税が非課税であることが確認できる書類の取扱) ..... 7
- Q 6 (他の非課税世帯の証明書の取扱) ..... 8

## 【検査内容等】

- Q 7 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱) ..... 8

## 【検査料等の請求・支払】

- Q 8 (月遅れ分の請求等) ..... 9
- Q 9 (検査料の振込時期) ..... 9
- Q10 (検査料等の消費税の取扱) ..... 9

## 【 対 象 者 】

### Q 1 (住所)

札幌市内に居住しているが、住民票が他の市町村にある場合は、対象者になるのか。その場合の現住所の証明はどうするのか。

A 札幌市胃がんリスク判定の住所要件は「札幌市内に居住地を有する方」であるため、住民票が他市町村にあっても、札幌市内に居住している方は対象としている。

その場合で、免許証や健康保険証などの公的書類により、現住所を証明できないときは、可能な限り公共料金の領収書などにより現住所の確認をすること。

なお、以下の点に注意のこと。

- ① 施設等に長期入所していて、住民票が他市町村の自宅にある場合は、当該施設等の担当者に確認したうえで、施設の住所を現住所として取り扱い、検査の対象者とする。
- ② いずれの方法によっても現住所の確認が困難な場合は、必ず受診者本人に判定票兼請求明細書の住所欄に現住所を記載させること（やむを得ないと認められる場合に限り、証明書類の提示を省略できることとする。）。
- ③ 勤務地が札幌市で居住地が他市町村の場合や旅行者など短期滞在の場合は、札幌市胃がんリスク判定の対象とはならない。

### Q 2 (他の検査制度・健康保険との関係)

勤務先で札幌市胃がんリスク判定と同様の制度がある場合は、この検診の対象者となるのか。

A 札幌市胃がんリスク判定の対象者は、職場等で受診する機会のない方としているため、他に受診機会がある方は対象とはならない。

なお、勤務先等で札幌市胃がんリスク判定と同様の検査制度があっても、受診機会を逃した場合、抽選で漏れた場合等やむを得ない事情がある場合は対象者としてすることができる。

その他、ピロリ菌検査のみ受診歴がある者については、札幌市胃がんリスク判定の受診を可とする。

## 【 実施機関 】

### Q 3 (特定健診との関係)

札幌市胃がんリスク判定の指定医療機関は、原則として、札幌市国民健康保険の特定健康診査（とくとく健診）が実施できる医療機関で実施を希望する医療機関とされていることについて。

- A 札幌市胃がんリスク判定は血液検査であり、特定健診の検査項目である血液検査と併せた実施も可能であることから、札幌市国民健康保険の特定健康診査（とくとく健診）が実施できる医療機関で実施を希望する医療機関としている。
- ただし、これは特定健診受診者が、同時に胃がんリスク判定とセットで受診しなければならないという意味ではないので、胃がんリスク判定、特定健診をそれぞれ単独で受診することも可能である。

## 【 受診者負担額の免除 】

### Q 4 (免除証明書が後日提示された場合の取扱)

検査受診日当日に受診者負担額免除の証明書類の提示がなく、後日に提示された場合はどのように取り扱えばよいか。

- A 受診者負担額免除の証明は、検査日当日に提示することとしており、原則として後日提示による受診者負担額の払い戻しは認めていない。
- しかしながら、当日に証明書類の持参を忘れたというような事情がある場合は、いったん受診者負担額を支払ってもらい、後日、免除書類の提示があり次第、払い戻しをしても構わないこととする。
- ただし、受診者負担額は医療機関の収入であるため、札幌市から受診者又は医療機関に対し受診者負担額相当分を払い戻すことはできない。

### Q 5 (市・道民税が非課税であることが確認できる書類の取扱)

市・道民税が非課税であることが確認できる書類には有効期限はあるのか。  
また、課税基準日前には他市町村に居住していて、札幌市から課税証明書等が取得できない場合の取扱は？

#### A ① 市・道民税が非課税であることが確認できる書類の有効期限

課税証明書は、前年所得額をベースに1月1日付で課税額が決定され、毎年、5月頃に最新の情報に更新されるものである。

新旧証明書の更新時期である4月～6月については、医療機関窓口での混乱を避けるため、新旧両方の証明書を有効のものとして取り扱うこととする。

・令和6年6月まで：令和5年度及び令和6年度の課税証明書が有効

- ・令和6年7月以降:令和6年度の課税証明書が有効  
上記の要件を満たしていれば、発行日は問わないこととする。

## ② 札幌市から課税証明書等が発行されない場合の取扱

課税証明書等は1月1日付で居住していた市町村から発行されるため、その後札幌市に転居してきた場合などは札幌市から課税証明書等が発行されないことになる。この場合は、他市町村発行の課税証明書等により受診者負担額の免除を証明できるものとして取り扱うこととする。なお、有効期限の考え方は①と同様である。

他市町村の課税証明書等の取り寄せ方法について受診者から質問があった場合は、転居前の市町村に問い合わせるよう教示すること。

なお、海外居留等で市・道民税が非課税であることが確認できる書類が発行できない方については、非課税として取り扱われないため、免除対象者には当たらない。

### Q 6 (他の非課税世帯の証明書の取扱)

「自己負担額0円の札幌市国保の特定健診受診券」や「限度額適用標準負担額認定書」は非課税世帯の証明書にならないのか。

- A 札幌市国保における非課税世帯と札幌市胃がんリスク判定における非課税世帯は要件が異なるため、証明書類にはならない。

## 【検査内容等】

### Q 7 (引き続き精密検査や医療を実施する場合の取扱)

胃がんリスク判定に引き続いて、精密検査や医療を実施する場合は、どのように取り扱えばよろしいか。

#### A ① 検査日当日に胃内視鏡検査等の追加検査を実施する場合

医療保険又は自由診療により対応すること。なお、検査実施前に、受診者に対し、追加検査が必要であること、検査費が別途発生することを必ず説明し、同意を得ること。

#### ② 検査後、引き続き医療を実施する場合

医療保険により対応すること。

#### ③ 診療報酬上の初診料、再診料の取扱

- ・検査当日に引き続き検査・医療を実施:初診料は算定できない。
- ・後日に検査・医療を実施:再診料が算定できる。

## 【検査料等の請求・支払】

### Q 8 (月遅れ分の請求等)

事務処理上の都合で請求漏れが発生した場合、どのように請求すればいいのか。

- A 月遅れ請求分は、提出期限内の請求書とは別に、月毎に請求書を作成すること。  
例えば、3月分を請求する際に、2月分と1月分の請求漏れを併せて請求する場合は、それぞれの月ごとに3枚の請求書を作成することになる。

### Q 9 (検査料の振込時期)

札幌市に請求する検査料(委託料)は、どれぐらいで指定の口座に入金されるのか。

- A 各医療機関から請求を受けた検査料については、札幌市で確認、審査、データ処理を行い、適正と認められてから30日以内に指定の口座に振り込むこととしている。

この確認、審査、データ処理には概ね1ヶ月程度時間を要するものであるため、これまでの状況を踏まえ、概ね下表の日程により支払を行う予定であるが、請求書の記載誤り等があり、差し替えを行わなければならないような事情が発生した場合などは、支払が予定より遅延することがある。

| 検査月 | 提出期限   | 支払予定日  | 検査月  | 提出期限   | 支払予定日 |
|-----|--------|--------|------|--------|-------|
| 4月分 | 5月15日  | 7月末まで  | 10月分 | 11月15日 | 1月末まで |
| 5月分 | 6月17日  | 8月末まで  | 11月分 | 12月16日 | 2月末まで |
| 6月分 | 7月16日  | 9月末まで  | 12月分 | 1月15日  | 3月末まで |
| 7月分 | 8月15日  | 10月末まで | 1月分  | 2月17日  | 4月末まで |
| 8月分 | 9月17日  | 11月末まで | 2月分  | 3月17日  | 5月末まで |
| 9月分 | 10月15日 | 12月末まで | 3月分  | 4月10日  | 5月末まで |

※上表の提出期限は、請求書等の提出期限であり、3月分の提出期限を除き多少の遅延は可とする。(月遅れ等の処理など詳細については、Q 8を参照)

### Q 10 (検査料等の消費税の取扱)

検査料(委託料)と受診者負担額には消費税が含まれているのか。

- A 札幌市から医療機関に対して支払う検査料(委託料)、受診者負担額ともに消費税込み(内税)の額である。

<記載例・・・様式1（請求書）>

様式1-1

(あて先) 札幌市長  
下記の通り請求します。

(札幌市提出用)  
(2024.4.1発行)

胃がんリスク判定請求書

※この様式は3枚綴りとなっています。  
札幌市には上から2枚(様式1-1と様式1-2)を提出してください。  
一番下の様式1-3は医療機関控えです。

2024年5月8日

捨印

理事長の印

必ず請求印と同じ印鑑を押してください。

記

2024年4月分

| 区 分           | 受 診 者 数 | 単価(税込)                                                                                                                      | 金 額         |
|---------------|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 一 般 (A)       | 3 人     | 2,531円                                                                                                                      | (ア) 7,593 円 |
| 免 除 (B)       | 1 人     | 3,531円                                                                                                                      | (イ) 3,531 円 |
| 請求事務手数料 (A+B) | 4 人     | 220円                                                                                                                        | (ウ) 880 円   |
| (ア)～(ウ)の合計    |         | <div style="text-align: right;">                     十 万 万 千 百 十 ー<br/>                     ￥12004 円                 </div> |             |

郵便番号を必ず記載してください。

※合計金額(太枠内)の訂正・書き直し等はできません。  
※合計金額の前に間を空けず¥マークを記入してください。  
医療機関コード (右詰で記載) 1234567

郵便番号 060-0042

住 所 札幌市中央区大通西19丁目

医療機関名 医療法人社団 札幌保健所病院

氏 名 理事長 札幌 太郎

電話番号 111-2222

請求印

理事長の印

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明でない場合、余白に再度押印してください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関

|                 |                 |                   |
|-----------------|-----------------|-------------------|
| 銀行<br>保健所 信金 信組 | 本店<br>健康 支店 出張所 | 預金種目<br>1 普通 2 当座 |
|-----------------|-----------------|-------------------|

口座番号 9876543

●償債者住所氏名欄…法人にあっては法人名、代表者氏名を記入し、請求印を鮮明に押印してください。  
※法人であって代表者名義(理事長など)以外の口座に振り込みを希望する場合は、別途手続きが必要となります。

合計金額欄は訂正できません。  
誤りがある場合は、再度作成し直してください。  
合計金額の前に、間を空けず¥マークを記入してください。

法人の場合の請求権者は原則「理事長」となります。  
院長口座振込をご希望の場合は、別途、委任状が必要となりますので、お問合せください。  
なお、シャチハタ印は使用できません。

※請求印及び捨印は「にじまない程度に、鮮明に」押印してください。

<請求先>

〒060-0002 札幌市中央区北2条西1丁目1-7 ORE札幌ビル7階  
札幌市保健福祉局ウェルネス推進部 がん検診担当 TEL211-3514 fax 211-3521

<問い合わせ>

ご不明な点がございましたら上記のがん検診担当までご連絡ください。  
請求用紙等のご注文は、FAXにより受付しています。(注文用紙は16頁)

<記載例・・・様式2 (判定票兼請求明細書)>

様式2-1

胃がんリスク判定票兼請求明細書

(医療機関控)  
(2024.4.1発行)

検診実施日: 2024年4月15日

医療機関所在地 札幌市中央区大通西19丁目

名称 医療法人社団 札幌保健所病院

氏名 理事長 札幌 太郎

注: 濁点は1文字として使用  
(例:「バ」は「ハ」と「」を別々の枠に記入)

|                  |    |                                                                  |                  |    |   |     |
|------------------|----|------------------------------------------------------------------|------------------|----|---|-----|
| 姓                | 名  | 性別                                                               | 生年               | 月  | 日 | 年齢  |
| オ                | オ  | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 昭和               | 59 | 4 | 40歳 |
| 漢字               | 苗字 | 大通 一男                                                            |                  |    |   |     |
| 住所 札幌市中央区北1条西2丁目 |    |                                                                  | TEL 011-123-4567 |    |   |     |

- 胃がんにかかったことはありますか。  
☐はい (年 歳) ☒いいえ ☐わからない
- 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。  
☐はい ☒いいえ
- 薬剤アレルギーはありますか。  
☐はい (薬の種類: ) ☒いいえ ☐わからない
- 過去にピロリ菌除菌治療を受けたことがありますか  
☐はい (年 歳) ☒いいえ ☐わからない
- 過去3年間に胃の検査を受けましたか。  
☒はい (胃部エックス線検査・内視鏡検査、その他(具体的に 令和4年12月頃))  
☐いいえ ☐わからない

【留意事項】

次の状態に該当する方は、胃がんリスク判定の対象となりません。

- ①明らかな上部消化器症状がある
- ②食道、胃、十二指腸疾患で治療中である
- ③胃酸分泌抑制薬の中で、プロトンポンプ阻害薬服用中
- ④胃切除後
- ⑤腎不全の治療中・経過観察中である
- ⑥過去にピロリ菌除菌を行ったことがある
- ⑦免疫不全・低下の状態、又は免疫抑制剤を服用している

陰性が陽性に○を記載してください

数値を記入してください (該当部分に数値または○を記載してください。)

| 検査結果(検査結果は数字で記入してください) |       |      |         |
|------------------------|-------|------|---------|
| 検査項目                   | 検査値   | 単位   | 判定      |
| ペプシノゲン                 | PGI値  | 9.00 | ng/ml   |
|                        | PGII値 | 4.50 | ng/ml   |
|                        | I/II比 | 2.0  |         |
| 血清ヘリコバクター              |       |      |         |
| 検査方法                   |       | LA法  | 1陰性 2陽性 |
| ピロリ抗体価                 |       | 120  | U/ml    |

|        |    |    |    |    |
|--------|----|----|----|----|
| ペプシノゲン | 陰性 | 陰性 | 陽性 | 陽性 |
| ピロリ    | 陰性 | 陽性 | 陽性 | 陰性 |

| 総合判定(あてはまる項目に○をつけてください) |                            |                                       |                                                       |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 区分                      | <input type="checkbox"/> A | <input checked="" type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D |
| 精密検査                    | なし                         | あり                                    |                                                       |

- 【請求区分】
- ☐一般
- ☒免除 ☒非課税 ☒課税証明書で確認
- ☐生活保護世帯

貴院の検査方法(例: LA法、EIA法)を記入し、右側に陽性基準値を記入してください。

数値を記入してください  
(報告下限値未満の場合空欄可)

あてはまる項目に○をつけてください

受診者負担額が免除になるのは、下記の方です。(詳細は2頁)  
(1)市・道民税非課税世帯に属する方  
(2)生活保護世帯に属する方

様式3

様式3については、  
札幌市に提出不要

## 胃がんリスク判定説明書兼同意書

札幌市では胃がん予防を目的として、胃がんリスク判定を行い、判定結果をお伝えしております。ご希望の場合は下記内容をご確認いただき、同意署名欄にご署名ください。

### 1 対象要件

- ・札幌市在住で、受診日当日に満40歳であること
- ・過去に札幌市の胃がんリスク判定を受けていないこと
- ・ピロリ除菌歴が無いこと
- ・その他、次の状態に該当しないこと
  - ①上部消化器(食道、胃、十二指腸)に自覚症状がある
  - ②上部消化器で治療中
  - ③胃酸分泌抑制薬の中で、プロトンポンプ阻害薬服用中
  - ④胃切除後
  - ⑤腎不全
  - ⑥免疫不全・低下の状態、又は免疫抑制剤を服用している

### 2 同意事項

- ・胃がんリスク判定は、血液検査により胃がんリスクを分類して評価する検査です。胃がんそのものを見つけ出す検査ではありません。
- ・個人情報を含む判定結果は実施医療機関を通して市へ報告されます。

### 3 注意事項

上記対象要件に合致しないことが判明した場合には、胃がんリスク判定に係る市の負担額を返還いただく場合があります。

### 4 検査内容

検査は、ヘリコバクター・ピロリ菌による感染の有無(ヘリコバクター・ピロリ抗体検査)と胃粘膜の萎縮度(血清ペプシノゲン検査)を組み合わせ、A・B・C・Dの4群に分類して評価します。

なお、B～D群と判定された方は、医療機関等で精密検査(内視鏡検査等)を実施することを推奨いたします。また、A群と判定された方についても50歳以降、定期的に胃がん検診を受けることを推奨いたします。

上記対象要件・同意事項・注意事項・検査内容等を確認し、十分に理解した上で、胃がんリスク判定を受診することに同意いたします。

2024年4月15日 受診者署名 大 通 一 男

<様式4 (偶発症発生報告書)>

様式4

偶発症発生報告書

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 検査実施日：20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日<br>結果判明日：20 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日<br>注：濁点は1文字として使用<br>(例：「ベ」は「ハ」と「 <sup>^</sup> 」を別々の枠に記入)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 医療機関名<br>住所<br>電話<br>医師名 |
| 姓 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>姓フリガナ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>漢字氏名 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女<br>生年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日<br>明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平<br>年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日生 |                          |
| 住所 札幌市 区 丁目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |

【発生状況】

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一次検診種類 | <input type="checkbox"/> 胃がん検診 ( <input type="checkbox"/> 胃部エックス線 <input type="checkbox"/> 経口内視鏡 <input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡 )<br><input type="checkbox"/> 大腸がん検診<br><input type="checkbox"/> 子宮がん検診 ( <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 体部 )<br><input type="checkbox"/> 乳がん検診 ( <input type="checkbox"/> マンモグラフィ検査 <input type="checkbox"/> 超音波検査 )<br><input type="checkbox"/> 肺がん検診<br><input type="checkbox"/> 胃がんリスク判定<br><input type="checkbox"/> 前立腺がん検査 ( P S A 検査 ) |
| 発生時点   | <input type="checkbox"/> 一次検診の検診中又は検診後<br><input type="checkbox"/> 二次精検の精検中又は精検後<br>二次精検の検査方法 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 発症部位   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 偶発症の種類 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 重症度    | <input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 死亡                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 入院医療機関 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 発生時の状況 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

様式2-3

## 胃がんリスク判定票兼結果通知書

(本人控)

検診実施日：20 年 月 日

医療機関  
所在地

結果判明日：20 年 月 日

名称

氏名

注：濁点は1文字として使用  
(例：「バ」は「ハ」と「」を別々の枠に記入)姓 名  
カタカナ  
フリガナ  
漢字  
氏名性別 ☐ 男 ☐ 女

生年月日

昭和 年 月 日生

住所 札幌市 区

TEL

## 《総合判定の見方》

| ピロリ菌の感染や、それに伴う胃炎がある場合は、胃がんになりやすいと言われております。<br>胃がんリスク判定は、血液検査（血清ペプシノゲン値・ヘリコバクターピロリ抗体）から胃炎の程度やピロリ菌感染を判定し、リスクを下表のABCDの4群に分類するものであり、その中でリスクが高い方には精密検査を受診するよう推奨しております。（結果については、《胃がんリスク判定結果》をご覧ください） |           |        |        |                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 区分                                                                                                                                                                                             | 血清ペプシノゲン値 | ピロリ菌抗体 | 胃がんリスク | 説明                                                                                                               |
| A                                                                                                                                                                                              | 陰性        | 陰性     | 低      | 健康的な胃粘膜で、胃炎の可能性は低いと言えます。ただし、A群と判定されても胃がんにかかる可能性はゼロではありません。A群と判定された場合であっても、定期的に胃がん検診を受診することを推奨いたします。              |
| B                                                                                                                                                                                              | 陰性        | 陽性     |        | ピロリ菌感染により胃炎が生じている可能性があります。かかりつけ医と相談の上、内視鏡検査等で胃の状態を確認し、必要に応じてピロリ菌の除菌治療などを行うことを推奨いたします。                            |
| C                                                                                                                                                                                              | 陽性        | 陽性     |        | 胃炎が進み、胃粘膜萎縮が生じている可能性があります。かかりつけ医と相談の上、内視鏡検査等で胃の状態を確認し、必要に応じてピロリ菌の除菌治療などを行うことを推奨いたします。                            |
| D                                                                                                                                                                                              | 陽性        | 陰性     | 高      | 胃粘膜萎縮がすすみ、ピロリ菌が胃に住めなくなった状態にある可能性があります。胃がんのリスクが最も高いグループとされるため、かかりつけ医に相談の上、内視鏡検査等で胃の状態を確認し、必要に応じて、治療を行うことを推奨いたします。 |

## 《胃がんリスク判定結果》

| 検査結果（検査結果は数字で記入してください） |        |       |                                            |      |
|------------------------|--------|-------|--------------------------------------------|------|
| 検査項目                   | 検査値    | 単位    | 判定                                         |      |
| 血清<br>ペプシノゲン           | PGI値   | ng/ml | 1 陰性                                       | 2 陽性 |
|                        | PGII値  | ng/ml | ※陽性基準値<br>PGIが70.0ng/ml以下<br>かつI/II比が3.0以下 |      |
|                        | I/II比  | -     |                                            |      |
| 血清ヘリコバクター<br>ピロリ抗体     | 検査方法 法 |       | 1 陰性                                       | 2 陽性 |
|                        |        | U/ml  | ※陽性基準値<br>U/ml以上                           |      |

|                         |                            |                            |                            |                            |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ペプシノゲン                  | 陰性                         | 陰性                         | 陽性                         | 陽性                         |
| ピロリ                     | 陰性                         | 陽性                         | 陽性                         | 陰性                         |
| 総合判定（あてはまる項目に☑をつけてください） |                            |                            |                            |                            |
| 区 分                     | <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> D |
| 精密検査                    | なし                         | あり                         |                            |                            |

## 検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

札幌市長様

所在地

医療機関名称

代表者氏名

印

下記の事項に変更がありましたので、お届けします。

| 変 更 事 項          | 新              | 旧              | 変更年月日 |
|------------------|----------------|----------------|-------|
| 医療機関コード          |                |                |       |
| 所在地              |                |                |       |
| (フリガナ)<br>医療機関名称 |                |                |       |
| 電話番号             | Tel ー          | Tel ー          |       |
| (フリガナ)<br>代表者氏名  |                |                |       |
| 金融機関名            |                |                |       |
| 支店名              |                |                |       |
| 預金種目             | 1. 普通    2. 当座 | 1. 普通    2. 当座 |       |
| 口座番号             |                |                |       |
| (フリガナ)<br>口座名義名  |                |                |       |

※① 口座名義名は、通帳記載の名義を一字一句、正確に記載してください。

※② 口座名義名と医療機関名称や代表者氏名が異なる場合は、別途、委任状が必要になる場合があります。

※③ 不明な点については、札幌市保健福祉局ウェルネス推進部(Tel.211-3514)までお問い合わせください。

〈令和6年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部

がん検診担当 行

FAX(011)211-3521

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 |
|------------------------------------|-----|----------------|-----|
| 前立腺がん検査請求書                         | 冊   | 前立腺がん検査票兼請求明細書 | 冊   |
| 前立腺がん検査精検結果連絡費請求書                  | 冊   | 前立腺がん検査精検結果連絡票 | 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