

<記載例・・・様式1（請求書）>

様式1-1

前立腺がん検査請求書

（あて先）札幌市長
下記の通り請求します。

※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。

（札幌市提出用）
（2026.4.1版）



必ず請求印と同じ印鑑
を押してください。

2026年5月8日

記

2026年4月分

区 分	受 診 者 数	単価(税込)	金 額
一 般 (A)	3 人	1,271円	(ア) 3,813 円
免 除 (B)	1 人	1,771円	(イ) 1,771 円
請求事務手数料 (A+B)	4 人	220円	(ウ) 880 円
(7) ~ (ウ) の 合 計		十 万 万 千 百 十 一 6 4 6 4	円

任意の4桁までの番号を通帳に印字することができます。
例1) 「1234」と記入した場合は「1234サツポロシ」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツポロシ」と印字されます。

請求番号

※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）

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。

郵便番号	060-0002	電話番号	111-2222	請求印
住 所	札幌市中央区北2条西1丁目1-7			理事長の印
医療機関名	医療法人社団 札幌ウェルネス病院			
氏 名	理事長 札幌 太郎			

郵便番号を必ず
記載してください。

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。

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、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

健康	銀行 信金 信組	札幌	本店 支店 出張所	預金種目 1 普通 2 当座	口座番号 9876543
----	----------------	----	-----------------	----------------------	-----------------

●債権者住所氏名欄…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。

※請求印及び捺印は「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 ウェルネス推進課 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22頁)

<記載例・・・様式2 (検査票兼請求明細書)>

検査実施日：2026年04月17日

医療機関所在地 札幌市中央区北2条西1丁目1-7

名称 医療法人社団 札幌ウェルネス病院

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「ゑ」を別々の枠に記入)

姓フリガナ 姓 カスミオ

名フリガナ 名 トオリ

漢字氏名 大通 一男

生年月日 昭和51年04月01日 50歳

住所 札幌市 中央区 北1条西2丁目 TEL 011-123-4567

1 過去にPSA検査を受けたことはありますか？
(1) ある 年 月 PSA値 判定 (精検不要・要精検) ・ 覚えていない
(2) ない

2 前立腺の病気で、1年以内に治療は受けましたか？
(1) 受けた 病名 → 治療中ですか？ (はい・いいえ)
(2) 受けていない

3 近親者に前立腺がんを診断を受けた方はおりますか？
(1) いる 病名 → ご関係 ()
(2) いない

4 背中・腰・太ももの骨が痛むことはありますか？ (ある・ない)

5 現在、服用しているお薬はありますか？
(1) ある 薬剤名 ()
(2) ない

6 尿が出づらいなど、気になる症状はありますか？
(1) ある 症状 ()
(2) ない

7 あなたは現在喫煙していますか？
(1) 喫煙している (2) 禁煙した (3) 喫煙したことがない

【 「利益と不利益に関する説明書兼同意書」をご確認のうえでご記載ください。 】
・要精密検査となった場合の検査方法に関する希望
☒ 専門医の説明を聞いたうえで可能な範囲で不利益を避けたい ☐ 専門医の判断に任せる

※医療機関記入欄 (下欄の該当部分□に✓印又は数値を記載してください。)

【検査結果】 ☐ 精検不要 ☒ 要精検 { 50歳～64歳 3.0ng/mlを超える場合
65歳～69歳 3.5ng/mlを超える場合

【PSA値】 ☐ 3.200 ng/ml ※小数点第3位まで必ず記入してください(例：3.2→3.200)。
※小数点第4位が出た場合は、切り上げて記入してください。

【請求区分】 ☐ 一般

☒ 免除 ☒ 非課税 ☒ 課税証明書で確認
☐ 介護保険料納入 (特別徴収決定・変更・停止) 通知書で確認
→ (第 段階 被保険者番号)
☐ 生活保護世帯、中国残留邦人等支援給付世帯
☐ 65～69歳の後期高齢者医療被保険者 (保険者番号)

がん検診の精度管理に影響
しますので、【検査結果】は
正確にご記入願います。

様式3-1

(札幌市提出用)
(2026.4.1版)

前立腺がん検査精検結果連絡費請求書

(あて先) 札幌市長
下記の通り請求します。



2026 年 5 月 8 日

記

前立腺がん検査精検結果判明

20 年 月分

※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3-1と様式3-2)を提出してください。
一番下の様式3-3は医療機関控えです。

区 分		人 員
精 検 結 果	A 異常認めず	3 人
	B がんであった者	人
	C がんの疑いのある者又は未確定	人
	D がん以外の疾患であった者	1 人
合 計		4 人

十 万 万 千 百 十 一

× 円 = 円

任意の4桁までの番号を通帳に印字することができます。
例1)「1234」と記入した場合は「1234サツポロン」と印字されます。
例2) 全て空白の場合は「0000サツポロン」と印字されます。



請求番号

医療機関コード (右詰で記載)

※合計金額(太枠内)の訂正・書き直し等はありません。
※合計金額の前に間を空けず¥マークを記入してください。

郵便番号	060-0002	電話番号	111-2222	請求印
住所	札幌市中央区北2条西1丁目1-7			理事長の印
医療機関名	医療法人社団 札幌ウェルネス病院			
氏名	理事長 札幌 太郎			

※シャチハタ印は使用できません。印影が鮮明ではない場合、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

健康 信金 本店 預金種目 普通 当座 口座番号

●債権者住所氏名欄…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。

偶発症発生報告書

検査実施日：20 年 月 日 結果判明日：20 年 月 日 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)		医療機関名 住所 電話 医師名
カタカナ フリガナ 漢字 氏名	姓 名 	性別 ☐ 男 ☐ 女 生年 ☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 月 年 月 日生
住所 札幌市 区		Tel

【発生状況】

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

前立腺がん検査（P S A 検査）に係る 利益と不利益に関する説明書兼同意書

1 前立腺がんについて

前立腺は男性にのみある臓器です。膀胱の下に位置し、尿道の周りを取り囲んでいます。前立腺は精液の一部に含まれる前立腺液をつくっています。

前立腺がんは、前立腺の細胞が正常な細胞増殖機能を失い、無秩序に自己増殖することにより発生します。早期に発見すれば治療することは可能です。また、多くの場合比較的ゆっくり進行します。

早期の前立腺がんは、多くの場合自覚症状がありません。しかし、尿が出にくい、排尿の回数が多いなどの症状が出ることもあり、進行すると血尿や腰痛などの骨への転移による痛みがみられることとなります。

前立腺がんのリスク要因の一つとして、家族歴が挙げられ、罹患リスクを高めるとされています。

2 P S A 検査について

前立腺液には、P S A というたんぱく質が含まれています。ほとんどの P S A は前立腺から精液中に分泌されますが、ごく一部は血液中に取り込まれます。がんや炎症により前立腺組織が壊れると、P S A が血液中に漏れ出し、増加します。

P S A 検査は、血液検査で P S A 値を調べます。前立腺がんを早期発見するための最も有用な検査とされています。

3 P S A 検査受診の利益

(1) 前立腺がんの早期発見が可能です。

P S A 検査を受けることで、根治が可能な早期がんの段階で前立腺がんを発見する可能性が高くなります。

早い段階でがんが発見されるほど治療法の選択肢が多く、専門医からアドバイスを受けながらご自身の状況や価値観に合った治療法を選ぶことができます。

(2) 死亡率減少効果が期待※¹できます。

欧州 7 か国の大規模無作為化比較対象試験（以下「R C T※²」という。）である「E R S P C」では、P S A 検査を受診することで、13年間で21%死亡率が低下したと報告されています。このうち、特にスウェーデンでは、死亡率が約半減したと報告されています。

※¹ P S A 検査の死亡率減少効果に対する評価については、日本泌尿器科学会と国との間に、下表のとおり見解の相違があります。

	日本泌尿器科学会	国（厚生労働省研究班）
死亡率減少効果	確立されている	証拠不十分
E R S P C	信頼性の高い重要な研究	参加国ごとに研究デザインや結果にばらつきがあるため確定的な結果は得られない
その他の R C T	他の R C T は問題が多いため評価対象としない	他の R C T も含め国際標準の評価方法で判定した

※² R C T とは、研究対象集団を無作為に検診実施群と検診未実施群に割り付け、結果を比較する研究手法です。

4 P S A検査受診の不利益

(1) 精密検査不要の判定であっても、前立腺がんがある場合があります。

P S Aの値が基準値以下であっても、一定割合で治療を要する前立腺がんがあることが報告されています。

また、一部P S Aを作らない前立腺がんが存在するため、P S A検査で診断できない場合があります。

(2) 不必要な精密検査を受ける場合があります。

P S A値が基準値以上である場合、精密検査を受けることとなりますが、P S A値が軽度上昇の場合（10ng/ml以下）、がんでないことが多く、受診した精密検査が、結果的には不必要になることもあります。

精密検査の種類の一つとして前立腺生検があります

自覚症状、PSA値、直腸診、経直腸エコーなどから前立腺がんの疑いがある場合、最終的な診断のために前立腺生検を行います。前立腺生検では、超音波による画像で前立腺の状態をみながら、細い針で前立腺を刺して組織を採取します。

※前立腺生検を行った場合、発熱、直腸からの出血、尿に血が混じる、精液に血が混じるなどありますが、重い合併症は極めてまれです。

(3) 治療に伴う合併症があります。

手術、放射線療法、ホルモン療法に伴う合併症として、勃起障害、尿失禁のほか、治療による死亡の危険性も指摘されています。しかし、近年ではロボット支援手術や放射線療法の進歩と普及により、治療に伴う合併症による不利益は改善しつつあります。

(4) 寿命に影響しないがんが発見されることがあります。

前立腺がんの中には、進行がゆっくりで、寿命に影響しないと考えられるがんがあり、50歳以上の男性のうち、13～27%の方は寿命に影響しないという報告もあります。

P S A検査等にて早期の前立腺がんを発見した場合、そのがんが寿命に影響するか否かを診断時点で判断することは難しく、治療して死亡率減少効果を期待するか、治療せず過剰な治療に伴う合併症を回避するかを、よく専門医と相談されることをお勧めします。

同意署名欄

P S A検査に係る利益・不利益について理解した上で、札幌市前立腺がん検査（P S A検査）を受診することに同意します。

なお、受診者の対象要件確認や検査の精度管理を行うことを目的に、札幌市が検査実施医療機関より受診者の氏名、生年月日、住所、電話番号、検査結果、負担額免除区分等の個人情報取得することに同意します。

年 月 日 同意署名

年 月 日

様

前立腺がん検査結果通知書

先日、あなたが当院で受けられた札幌市前立腺がん検査（PSA検査）の結果について下記のとおりお知らせします。

記

- 1 精密検査不要：異常は認められませんでした。また、2年後にお受けください。
- 2 要精密検査：下記の病気の疑いがありますので、お早めにご来院ください。



「要精密検査」と判定された場合には必ず精密検査を受けてください。

医療機関名

検診等の請求に関わる事項の変更届

年 月 日

(あて先) 札 幌 市 長

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) 医 療 機 関 名 称			
電 話 番 号	TEL —	TEL —	
(フ リ ガ ナ) 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	
□ 座 番 号			
(フ リ ガ ナ) □ 座 名 義 名			

- ※① □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 □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ウェルネス推進課(TEL211-3514)までお問い合わせください。

〈令和8年度〉

札幌市保健福祉局ウェルネス推進部ウェルネス推進課

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(20組綴)	冊	胃がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
胃がん検診精検・ピロリ菌検査結果連絡費請求書(20組綴)	冊	胃がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊
胃がん検診(ピロリ菌検査・除菌結果)連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	胃がんリスク判定票兼請求明細書(20組綴)	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(20組綴)	冊	大腸がん検診票兼請求明細書(50組綴)	冊
大腸がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	大腸がん検診精検結果連絡票(30組綴)	冊

○乳がん検診

名 称	必要数	名 称	必要数
乳がん検診請求書(20組綴)	冊	乳がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
乳がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	乳がん検診精検結果連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	子宮がん検診票兼請求明細書(100組綴)	冊
子宮がん検診精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	子宮がん検診精検結果連絡票(30組綴)	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(20組綴)	冊	前立腺がん検査票兼請求明細書(30組綴)	冊
前立腺がん検査精検結果連絡費請求書(20組綴)	冊	前立腺がん検査精検結果連絡票(30組綴)	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