

原爆被爆者三世健康診断実施要領

1 目的

原子爆弾被爆者の三世に対し健康診断を行うことによって、その健康保持を図ること。

2 対象者

原子爆弾被爆者手帳保持者の孫で、市内に居住地を有し健康診断の受診を希望する者（以下「希望者」という。）。

3 実施医療機関

健康診断は、原爆被爆者三世健康診断実施協力医療機関（以下「協力医療機関」という。）への委託により行うものとする。

4 受診方法

(1) 希望者は、市長に、受診申請書（様式第1号）を提出するものとする。

(2) 市長は、前項の申請を受けた場合、被爆三世であることを確認し、原爆被爆者三世健康診断無料受診券（様式第2号）を交付するものとする。

(3) 希望者は、協力医療機関に当該受診券を提出して受診するものとする。

5 健康診断の種類及び検査内容

(1) 健康診断は、「一般検査」及び「精密検査」によって行うものとする。ただし、精密検査は一般検査の結果、医師が更に精密な検査を必要と判断した者に限り行うものとする。

(2) 健康診断の受診回数は年度につき1回とする。

(3) 一般検査においては、次に掲げる検査を行う。ただし、キ及びクに掲げる検査は、医師が必要と認める場合に限り行う。

ア 視診、問診、聴診、打診及び触診による検査

イ CRP検査

ウ 血球数計算

エ 血色素検査

オ 尿検査

カ 血圧測定

キ AST検査法、ALT検査法及びγ-GTP検査法による肝臓機能検査

ク ヘモグロビンA1c検査

(4) 精密検査においては、次の検査の範囲内で必要と認められるものを行う。

ア 骨髄造血像検査等の血液の検査

イ 肝臓機能検査等の内臓の検査

ウ 関節機能検査等の運動器の検査

エ 眼底検査等の視器の検査

オ 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査

カ その他必要な検査

6 実施後の報告

協力医療機関は、健康診断を実施した月ごとに結果を取りまとめ、翌月10日までに、原爆被爆者三世健康診断請求書（様式第3号）、原爆被爆者三世健康診断内訳書（様式第4号）、検査結果を記入した原爆被爆者三世健康診断個人票（様式第5号）及び精密検査を実施したときは受診者ごとの検査内訳（保険点数）が確認できる書類（書式は任意）を市長へ提出するものとする。

7 委託医療機関の業務

協力医療機関は、別途本市と契約する委託契約に基づき業務を行うものとする。

8 委任

この要領に定めることのほか、健康診断の実施について必要な事項は、保健福祉局長が別に定める。

附 則

この要領は昭和49年4月1日から施行する。

附 則

この要領は昭和60年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は平成28年1月4日から施行する。

受診申請書

(あて先) 千葉市長

令和 年 月 日

原爆被爆者三世健康診断を受けたく以下のとおり申請します。

申請者 (受診者)	フリガナ		
	氏名		
	(注) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		
	生年月日		年 月 日生 (歳)
	住所		千葉市 区
			建物名・ 部屋番号等
連絡先	電話番号	(携帯電話など平日、日中の連絡先をご記入ください) — —	
	電子メールアドレス	@	
被爆者 一世	手帳番号		
	フリガナ		
	氏名		
	続柄		申請者(受診者)から見て_____
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者(受診者)と同居(記入不要) <input type="checkbox"/> 申請者(受診者)と別居(以下に記入)
		建物名・ 部屋番号等	

様式第2号

令和 年 月 日

健康診断協力医療機関 様

千葉市長

原爆被爆者三世健康診断無料受診券

下記の者に対して、原爆被爆者三世健康診断実施要領に基づく健康診断を実施していただけますよう、お願い致します。

記

申請者 (受診者)	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年	月 日生 (歳)
	住所	千葉市	区
建物名・ 部屋番号等			

千葉市保健所総務課

TEL 043-238-9920

様式第3号

原爆被爆者三世健康診断請求書

令和 年 月 日

千葉市長

様

所在地

医療機関名

代表者

印

原爆被爆者三世健康診断（ 一般検査 ・ 精密検査 ）を実施しましたので、以下のとおり請求します（内訳は、別添内訳書のとおり）。

金 円

（消費税及び地方消費税を含む）

様式第4号

原爆被爆者三世健康診断内訳書（一般検査）

1 受診者名 _____（検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

内容	単価	回数	金額
通常検査	円	回	円
肝機能検査	円	回	円
ヘモグロビンA1c検査	円	回	円
小計	—	—	円

2 受診者名 _____（検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

内容	単価	回数	金額
通常検査	円	回	円
肝機能検査	円	回	円
ヘモグロビンA1c検査	円	回	円
小計	—	—	円

3 受診者名 _____（検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日）

内容	単価	回数	金額
通常検査	円	回	円
肝機能検査	円	回	円
ヘモグロビンA1c検査	円	回	円
小計	—	—	円

年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名 _____

原爆被爆者三世健康診断個人票			
フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	千葉市 区		
検査年月日		年 月 日	
一般検査	末梢血液一般検査	白血球数	/mm ³
		赤血球数	×10 ⁴ /mm ³
		ヘモグロビン	g/dℓ
		ヘマトクリット	%
		ヘモグロビンA1c	%
		CRP検査	mg/dℓ
	尿一般検査	蛋白	陽性 ・ 陰性
		糖	陽性 ・ 陰性
		ウロビリノーゲン	増加 ・ 正常 ・ 減少
		潜血	陽性 ・ 陰性
	肝機能	AST	IU/ℓ
		ALT	IU/ℓ
		γ-GTP	IU/ℓ
	血压値		最大 mmHg 最少 mmHg
判定		異常なし ・ 要精密検査	
精密検査	検査年月日	年 月 日	診断名
	検査名		
	医師の所見		
	治療の要否	要 (入院 ・ 入院外) 否	

検査結果について、以上のとおり報告します。

令和 年 月 日 住 所

医療機関名