

令和8年度版

所沢市 肝炎ウイルス検診 実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL 04-2991-1811

FAX 04-2995-1178

(令和8年5月)

1 概要

1 検診の目的

B型およびC型肝炎の早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

3 周知

市内全戸配布の冊子「健康ガイドとろざわ」、所沢市がん検診等のご案内、所沢市ホームページ等に掲載。

4 申し込み

受診者が保健センター健康管理課へ事前に申し込み、案内が手元に届いてから医療機関に予約する。

5 実施期間

令和8年6月1日（月）～令和9年2月28日（日）

6 一部負担金

700円

<一部負担金免除になる方>

次に該当する方は、証明書の提示で一部負担金が免除になります。

(1) 生活保護法による被保護世帯に属する方

必要証明書：生活保護受給証明書（令和8年度中に発行されたもの）

※生活保護医療券では免除の対象となりませんので、受診者には上記書類を取得してもらおうようご案内ください。

(2) 市民税非課税世帯（世帯員全員が非課税）に属する方

必要証明書：令和8年度（令和7年中所得）の市県民税所得課税証明書

（**保健センター検診用**の朱印があるもの）

※**保健センター検診用**の朱印がない場合は、負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

※コンビニ 交付の場合は**保健センター検診用**の朱印がないため、必ず保健センターに確認すること。

⇒令和8年1月2日以降に市外から転入してきた方

必要証明書：転入前の市区町村の令和8年度（令和7年度所得）の市県民税
所得課税証明書

※転入前の市区町村で取得した証明書には、**保健センター検診用**の朱印は不要です。証明書を持ってきた方は、負担金免除の対象として取り扱ってください。

注意！

受け取った証明書は、コピーして原本は本人に返却すること。

2 検診について

1. 対象者

所沢市に住民登録があり、令和9年3月31日時点での年齢が40歳以上の方。
(生年月日が昭和62年3月31日以前の方)

検診対象の除外条件

職場での健康診断等において肝炎ウイルス検査を受ける機会のある方及び過去に
検診を受けたことがある方。

2. 検診の流れ

1) 申し込み

受診者が4 申し込み(P.2)の方法で保健センター健康管理課に申し込む。

2) 検診票の送付

保健センター健康管理課が受診者に、下記①～③を送付する。

- ① 肝炎ウイルス検診のご案内
- ② 肝炎ウイルス検診票(P.7)
- ③ 肝炎ウイルス検診協力医療機関一覧

3) 受診予約

受診者が希望の医療機関に予約をする。

4) 検診の受付

予約した医療機関に「肝炎ウイルス検診票」を提出する。

5) 検診の実施

(1) 問診

肝炎ウイルス検診の受診歴有無、肝臓病歴、輸血歴、肝炎の家族歴、入れ墨
(刺青)、ピアス、鍼治療歴などを検診票をもとに聴取・確認する。

(2) 採血

HBs 抗原・HCV 抗体の検査用試験管。HCV 抗体検査陽性の場合、HCV 核酸増幅検査を行なうための試験管が必要です。

(3) 結果判定

- ・ 検診票の判定結果欄の B 型に、結果を記入する。
- ・ 検診票の判定理由欄の C 型に、判定基準をもとに判定①～④のいずれかにチェックを記入。
- ・ 検診票に実施医療機関名、医師名を記入する。

6) 結果説明

検診票に必要事項を記入する。受診者に肝炎ウイルス検診票の(③結果通知用)を渡し、原則として対面で判定結果及び検査指示を伝える。

※受診者が郵送での結果通知を希望する場合は、郵送でも可。

※判定結果が「陽性」だった場合の対応は、下記参照。

判定結果が陽性となった場合

- ・ 結果は、検査を実施した医療機関が最後まで責任を持って受診者に伝えること。
- ・ 結果は、受診者に速やかに伝えること。ただし結果通知のために繰り返し呼び掛けでも、受診者が応じない場合は、その記録を控えておくこと(検診後2週間以内に2回以上)。
- ・ 結果通知にあたっては、精密検査を受ける必要がある旨と、精密検査は保険診療となる旨を説明すること。
- ・ 精密検査にあたっては、問診項目の結果も踏まえ、検査担当医とよく相談の上受診するよう伝えること。

(1) 精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を「肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票(P.9)」に記入し、返信用封筒を使用し、保健センター健康管理課に郵送で提出する。

(2) 精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・ 「肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票(P.9)」の太枠以外の空欄(氏名・生年月日・検診受診日)に記入。 ※受診者コードは空欄で構いません。
- ・ 「肝炎ウイルス検診陽性者紹介状」を記入し、コピーを取る。「紹介状」は受診者に渡し、コピーは問診票、請求書(診療情報提供料に計上)とともに市に提出する。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査の参考資料用」封筒に下記3点を封入

- ・ 肝炎ウイルス検診精密検査依頼書兼結果連絡票(P. 9)
- ・ 肝炎ウイルス検診陽性者紹介状(P. 10)
- ・ 返信用封筒（精密検査依頼書兼結果連絡票 返信用封筒）

※必要に応じて、「精密検査実施医療機関一覧」を受診者へお渡しください。

3. 検診票と請求書の提出

提出書類：請求書（P. 7）、検診票の「①市提出用」、生活保護受給証明書または市県民税所得課税証明書のコピー

提出先：保健センター健康管理課 検診担当

提出期限：下記参照

実施月	提出締切日
6月分 検診票及び請求書	7/10（金）必着
7月分 検診票及び請求書	8/10（月）必着
8月分 検診票及び請求書	9/10（木）必着
9月分 検診票及び請求書	10/9（金）必着
10月分 検診票及び請求書	11/10（火）必着
11月分 検診票及び請求書	12/10（木）必着
12月分 検診票及び請求書	1/8（金）必着
1月分 検診票及び請求書	2/10（水）必着
2月分 検診票及び請求書	3/10（水）必着

※ご注意ください※

- ①ご提出はご来庁または、ご郵送でも受け付けております。なお、提出期限は医療機関様のお手元を離れる日ではなく、**当センターに到着する日付**ですのでご注意ください。
- ②締め切り間近での普通郵便による提出は現在所沢市内でも翌日には到着しませんのでご注意ください。個人情報保護及び紛失等の事故を防ぐためにも、ご郵送の場合はレターパック等をお勧めいたします。

4. 肝炎ウイルス検診様式サンプル

1) 肝炎ウイルス検診票

令和8年度 所沢市 肝炎ウイルス検診票

自己負担 あり 個別検診
なし 健康診査と同時受診

▼太枠の中をご記入ください。3枚複写になっていますので、強めに記入してください。

検査受診日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	生年月日	昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
フリガナ			年齢 <input type="text"/> 歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	様		電話 <input type="text"/> (<input type="text"/>)
住所	〒359- 所沢市		

記入をお願いします。

<検診の目的・確認事項>

この検診は、所沢市が医療機関に委託している事業です。この検診票及び検査の結果は所沢市に提供されます。また、検査の結果「肝炎ウイルスに感染していること」が判明した場合には、フォローアップ事業に同意された方へ、早期治療・重症化予防を目的に所沢市から個別に連絡を行います。検診の目的及び確認事項に同意した方のみ、以下をご記入ください。

<問診項目>①～⑧を記入してください（該当する□に✓）

①	これまでB型及びC型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="text"/> 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ
	※受けたことがある場合はこの検診を受診できません。← ※健康診断・人間ドック等の血液検査で肝炎の検査をしたことがある場合も「ある」に該当します。	
②	肝機能異常を指摘されたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="text"/> 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ
③	輸血歴はありますか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="text"/> 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ
	「はい」にチェックが入った方は、受診対象外となります。	肝機能検査を受けていますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	家族や血縁者にB型肝炎、C型肝炎の人はいますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	本人との関係 (<input type="text"/>)	
⑤	入れ墨（刺青）や鍼治療、ピアスをしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="text"/> 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ
⑥	現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="text"/> 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ
⑦	現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="text"/> 歳頃) <input type="checkbox"/> いいえ
⑧	所沢市の肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業に同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	※同意されますと、陽性の場合、その後の医療機関の受診状況や治療内容等について、年一回程度、確認のため市からご連絡することがあります。また、精密検査受診の際、初回の検査費が埼玉県から助成されます。（一定の要件あり）	

【検査実施医療機関記入欄】

	判定理由	肝炎ウイルス検診判定結果
C型	<input type="checkbox"/> ④HCV抗体検査：陰性	C型肝炎に感染している可能性が 低い
	<input type="checkbox"/> ③HCV抗体検査：中低力価／核増幅検査：陰性	
	<input type="checkbox"/> ②HCV抗体検査：中低力価／核増幅検査：陽性	C型肝炎に感染している可能性が 高い
	<input type="checkbox"/> ①HCV抗体検査：高力価	
B型		<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
実施医療機関名		医師名
		B型・C型いずれかで陽性の場合、精密検査実施医療機関を紹介してください 紹介状発行日 年 月 日 紹介先

①市提出用

3) 精密検査依頼書

肝炎ウイルス検診精密検査依頼書 兼 結果連絡票

医療機関長 様

所沢市保健センター健康管理課
所 沢 市 医 師 会

本状持参の方は、健康増進法に基づく肝炎ウイルス検診の結果、精密検査が必要と思われるので、よろしくご高診をお願いいたします。

なお、恐縮ですが、結果がわかり次第下記の結果連絡票にご記入のうえ、早めにお知らせくださるよう併せてお願いいたします。（「慢性肝炎」、「肝硬変」の場合には、担当からその後の結果を問い合わせる場合がございます。）

氏 名 :		生 年 月 日 :	
受診者コード:		検診受診日 :	
精検受診年月日	令 和 年 月 日	受 診 番 号 :	
検査内容	貴院での実施	(「1. あり」の場合) 以下の実施した <u>すべての</u> 検査に○をつけてください。	
	1. あり ➡	i. 血液検査 ii. 超音波検査 iii. その他 ()	
	2. なし ➡	他医療機関を紹介された場合は、下記に紹介先をご記入ください。	
診断結果	1. 肝炎発症なし		
	2. 慢性肝炎		
	3. 肝硬変		
	4. その他 ()		
その後の処置 または 受診者への指示	1. 貴院で治療		【紹介先】 医療機関名 : ----- 所在地 : ----- 電話番号 :
	i. インターフェロン ii. 核酸アナログ製剤 iii. インターフェロンフリー治療 iv. その他 ()		
	2. 貴院で経過観察		
	3. 終了		
	4. 他医療機関へ紹介		
実施精密検査医療機関	名称		
	所在地		
	電話 (FAX)		
	医師名		

4) 肝炎ウイルス検診陽性者紹介状

(一次検診医療機関→精密検査及び治療医療機関)

肝炎ウイルス検診陽性者紹介状

年 月 日

御中

医療機関名：

医師名：

電話番号：

受診者氏名	男・女	年齢	歳
住 所			
(電話番号) 自宅： - - 携帯： - -			
一 紹 介 状 一			
上記の方は、当院において肝炎ウイルス検診を実施した結果、下記のとおり判定されました。ご多忙中、恐縮ですが精密検査及び治療方針の決定等についてご検討をお願いいたします。			
C型肝炎ウイルス	判定結果	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い	
	判定理由	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い	
B型肝炎ウイルス (HBs抗原検査)	判定理由	①～④※のいずれかを記入 ()	
		1. 陽性	
		2. 陰性	
<p>※ 判定理由</p> <p>① 高力価</p> <p>② 中・低力価・HCV核酸増幅検査陽性</p> <p>③ 中・低力価・HCV核酸増幅検査陰性</p> <p>④ 陰性</p>			
その他参考となる事項			