

令和8年度版

所沢市 前立腺がん検診 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

（令和8年5月）

1 概要

1 検診の目的

がん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

全戸配布の「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページ、広報ところざわ、所沢市がん検診等のご案内

4 受診券発行申請期限

令和9年2月1日（月）

※受診者の手元に受診券がない場合は、保健センター健康管理課を案内してください。

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

1,000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うようご案内ください。

（2）市民税非課税（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年度所得）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年中所得）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50歳、55歳、60歳、65歳、70歳、75歳及び80歳となる男性。

【生年月日】

50歳：昭和51年4月1日～昭和52年3月31日

55歳：昭和46年4月1日～昭和47年3月31日

60歳：昭和41年4月1日～昭和42年3月31日

65歳：昭和36年4月1日～昭和37年3月31日

70歳：昭和31年4月1日～昭和32年3月31日

75歳：昭和26年4月1日～昭和27年3月31日

80歳：昭和21年4月1日～昭和22年3月31日

検診対象の除外条件

- (1) 今年度に同等以上の検査を受けている方
- (2) がん検診の結果要精密検査となった方で、精密検査を受診していない方
- (3) 検診部位で治療中、経過観察中の方または、自覚症状のある方

2. 検診の流れ

1) 受診予約

受診者が希望の医療機関に予約する。

予約を受け付ける際に持ち物（令和8年度を受診券を必ず持参すること）や注意事項を伝える。

2) 検診の受付

- (1) 1. 対象者に該当するか確認する。

※特定健診と同時受診の場合も保健センター健康管理課が発行しているシール式の受診券（P.7）が必要となります。

- (2) 受診者に口頭で、本市に住民票があることを確認する。
- (3) 「前立腺がん検診票（P.8）」を受診者に渡し、記入してもらう。
- (4) 所沢市検診受診券の前立腺がん検診のシール（P.7）を前立腺がん検診票の1枚目（市提出用）の受診券貼付欄に貼り付ける。

注意！

必ず本人の令和8年度前立腺がん検診のシールであることを確認する。

- (5) 費用を徴収する。

※生活保護世帯・市民税非課税世帯の方で費用が免除になる方は証明書を
確認する。(P.2)

3) 検診の実施

(1) 問診

前立腺がん検診の受診歴有無、家族歴、既往歴、ホルモン治療、自覚症状等
に関する事項を、検診票をもとに聴取・確認する。

(2) 採血

血中PSA値を測定する。(測定値は、小数点第二位以下を四捨五入して第
一位までを記入)

※カットオフ値は、「前立腺がん検診ガイドライン2025年版(日本泌尿器
科学会編)」に基づきます。

(3) 結果説明(判定)

検診票にPSA値を記入する。

検診票の判定欄にチェックを入れる。

検診票に実施医療機関名、医師名を記入する。

検診票の「③結果通知用(検診票3枚目)」を受診者に渡し、原則対面で結
果を説明する。

PSA値が基準値を下回っていても、1年後または3年後には、人間ドック・
各種健診や保険診療等により再度受診した方が良いことを伝える。

なお、対面での説明が困難な事情がある場合は、郵送等による結果の通知も
可とする。

検診結果は少なくとも5年間保存すること。

※判定が「泌尿器科医(専門医)を受診してください」だった場合の対
応は、次頁参照。

判定が要精密検査となった場合

総合判定が「泌尿器科（専門医）を受診してください」（要精密検査）となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることと、精密検査は保険診療となる旨を説明する。

（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「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へ提出する。

（２）精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・精密検査依頼書兼結果連絡票に氏名、生年月日、受診者コード、一次検診受診日、一次検診場所のみ記入。
- ・紹介先医療機関が決定している場合は、前立腺がん検診票の「紹介医療機関名」欄に紹介先の医療機関名を記入。（決定していない場合は未記入で可）
- ・「精密検査の参考資料用」封筒に「他の医療機関に紹介する際の必要書類」を封入し受診者に渡す。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

- ・精密検査依頼書兼結果連絡票（P.9）
- ・返信用封筒（精密検査依頼書兼結果連絡票 返信用封筒）
- ・検診票２枚目「②医療機関用」のコピー

※必要に応じ、「前立腺がん精密検査実施医療機関一覧」を受診者に渡す。

4. 前立腺がん検診様式サンプル

1) 所沢市 検診受診券

令和8年度用 所沢市 検診受診券 〒XXX - XXXX 住所 方書 所沢 花子 様		受診者コード 999999999 氏名 所沢 花子 フリガナ トコサヅリ ハナコ 生年月日 1056/10/06 年度年齢 50歳 性別 女	
① 受診の際は、この受診券を切り離したり割がしたりしないでこのままお持ちください。 ② 受診方法などは同封の「がん検診等のご案内」の冊子をご確認ください。 ③ 受診日前に市外に転出した場合、受診券は使用できません。 ④ 誤って受診した場合や年度内に同じ検査を複数回受診した場合、2回目以降の検査にかかる費用は全額自己負担として請求されますのでご注意ください。			
切り離さないでください			
胃がん検診(バリウム) (内視鏡)		肺がん検診	
所沢 花子 トコサヅリ ハナコ 1056/10/06 住所 方書 50歳 女 999999999 ████████████████████ バリウム: 集団検診(要予約) 費用 バリウム: バス検診(要予約) バリウム: 1,200円 内視鏡: 個別検診(医療機関に直接予約) 内視鏡: 2,000円 胃がん検診(バリウム) (内視鏡) 令和7年度用 所沢市		所沢 花子 トコサヅリ ハナコ 1056/10/06 住所 方書 50歳 女 999999999 ████████████████████ 集団検診(要予約) 費用 バス検診(要予約) 肺がん: 800円 肺がん検診 感度: 700円 肺がん検診 令和7年度用 所沢市	
切り離さないでください			
乳がん検診		子宮頸がん検診	
所沢 花子 トコサヅリ ハナコ 1056/10/06 住所 方書 50歳 女 999999999 ████████████████████ バス検診(要予約) 費用 個別検診(医療機関に直接予約) 40~49歳: 1,500円 50歳以上: 1,000円 乳がん検診 令和7年度用 所沢市		所沢 花子 トコサヅリ ハナコ 1056/10/06 住所 方書 50歳 女 999999999 ████████████████████ バス検診(要予約) 費用 個別検診(医療機関に直接予約) 1,000円 子宮頸がん検診 令和7年度用 所沢市	
骨粗しょう症検診		成人歯科検診	
所沢 花子 トコサヅリ ハナコ 1056/10/06 住所 方書 50歳 女 999999999 ████████████████████ 集団検診(要予約) 費用 5年に1度しかない受診のチャンス!! 500円 骨粗しょう症検診 令和7年度用 所沢市		所沢 花子 トコサヅリ ハナコ 1056/10/06 住所 方書 50歳 女 999999999 ████████████████████ 集団検診(要予約) 費用 10年に1度しかない受診のチャンス!! 70歳未満: 500円 70歳以上: 無料 成人歯科検診 令和7年度用 所沢市	
※今年度受けることができる検診には名前が印字されています。ご自身の体調に合わせて必要な検診を選択してください。			

サンプルのため、名前が印字されていませんが、受診対象の方は名前が印字されています。名前が印字されていることを確認してから、検診の受付をお願いします。

3) 精密検査依頼書

令和 年 月 日

前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果連絡票

医療機関長 様

所 沢 市 医 師 会
所沢市保健センター健康管理課

本状持参の方は、前立腺がん検診の結果、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、下記の精密検査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。

氏 名 :		生 年 月 日 :	
受診者コード :		一次検診受診日 :	
精検受診年月日	令和 年 月 日	一次検診場所 :	
検査内容・結果	貴院での実施 1. あり → 2. なし (下記に紹介先を ご記入ください)	(「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) 直腸診 (2) 超音波検査 (3) 血液検査 (4) 生検 (5) その他 ()	
	診断結果	1. 異常なし 2. 前立腺がん 3. 前立腺肥大 4. 前立腺炎 5. その他の疾患 ()	
治療指示区分	1. 治療不要 2. 経過観察 3. 手術 4. 放射線療法 5. 薬物療法 6. 他の医療機関に紹介 7. その他 ()	【紹介先】 医療機関名 : _____ 所在地 : _____ 電話番号 : _____	
医療機関	名称 所在地 電話(FAX) 医師名		