

届出年月日： 年 月 日

2024 年度（令和 6 年度）
福山市大腸・肺・胃（エックス線）がん検診実施届出書

実施する検診に☑、該当する項目に○印をし、届出事項の御記入をお願いします。

医療機関名 _____

 大腸がん検診

検査機関	便潜血検査キット名・感度 (感度：測定範囲の下限值・カットオフ値)
福山市医師会健康支援センター	※福山市医師会健康支援センターは、記入不要
自施設	キット名 ()
他に依頼 ()	下限値 () カットオフ値 ()

 肺がん検診

胸部エックス線撮影機種		撮影機種名
アナログ撮影	デジタル撮影	

◎読影（二次読影）の依頼先はどちらですか。

*2024 年度（令和 6 年度）の予定

自医療機関内で読影する 医師名	
他院に依頼する（依頼先医療機関名：	）
医師会読影委員会に依頼する	

 胃がん検診（エックス線検査）

胃部エックス線撮影機種		撮影機種名
アナログ撮影	デジタル撮影	

※ 届出内容に変更が生じた場合は、その都度、連絡をお願いします。（担当課：健康推進課）