

届出年月日： 年 月 日

2025 年度（令和 7 年度）福山市健康診査等実施届出書

福 山 市 長 様

医療機関名

住 所

代 表 者 名

電 話 番 号

E - m a i l

福山市健康診査について、次のとおり実施することを届け出ます。

- 1 【健康診査】実施する項目に○印をし、各種がん検診実施の場合、該当する別紙を提出してください。

特定健診 (みなし健診含む)	生活保護受給者健診 後期高齢者健診	胃がん		肺がん	大腸がん	女性のみの検診			肝炎ウイルス検診
		X線検査	内視鏡検査			乳がん	子宮頸がん	骨粗しょう症検診 ※新規	
		別紙2提出	別紙4提出	別紙2提出	別紙2提出	別紙3提出		別紙5提出	

※みなし健診とは、生活習慣病治療中の人の「血液検査等の検査結果」を使用し、特定健診を受診したとみなす健診です。
生活習慣病の改善や重症化予防を目的としています。

- 2 【生活習慣病の発症予防・重症化予防事業】 登録をする場合は、○印をお願いします。

福山市特定保健指導実施医療機関としての登録をする（別紙6提出）※新規	
福山市慢性腎臓病（CKD）予防対策事業二次医療機関としての登録をする（別紙7提出）	

- 3 【「福山市健診のご案内」掲載内容について】 該当する場合は、○印をお願いします。

日曜日の健診対応あり		曜日指定等掲載すべき内容あり（※要予約は共通にて除く） 内容（ ）	
------------	--	--------------------------------------	--

掲載する医療機関名と電話番号を御記入ください。紙面の都合上、医療法人〇〇会等は略してください。

医療機関名	電話番号

※ 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）

届出年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

2025 年度（令和 7 年度）福山市肝炎ウイルス検査（特定感染症検査等事業）実施届出書

福 山 市 長 様

医療機関名
住 所
代 表 者 名
電 話 番 号
E - m a i l

福山市肝炎ウイルス検査（特定感染症検査等事業）について、次のとおり実施することを届け出ます。

肝炎ウイルス検査 (特定感染症検査等事業)	する	しない
--------------------------	----	-----

※ 届出内容は「福山市肝炎ウイルス検査（特定感染症検査等事業）実施協力医療機関の一覧表」等の掲載の参考にさせていただきます。
掲載する医療機関名と電話番号を御記入ください。
紙面の都合上、医療法人〇〇会等は略してください。

医療機関名	電話番号

※ 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：保健予防課）

届出年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

2025 年度（令和 7 年度）福山市介護予防検査実施届出書

福 山 市 長 様

医療機関名

住 所

代 表 者 名

電 話 番 号

福山市介護予防検査について、次のとおり実施することを届け出ます。

介護予防検査	する	しない
--------	----	-----

※ 届出内容は「福山市介護予防検査医療機関一覧表」等の掲載の参考にさせていただきます。
掲載する医療機関名と電話番号を御記入ください。
紙面の都合上、医療法人〇〇会等は略してください。

医療機関名	電話番号

※ 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：高齢者支援課）