

届出年月日： 年 月 日

## 2025 年度（令和 7 年度）福山市胃（エックス線）・肺・大腸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

☐ 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	

☐ 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。＊2025 年度（令和 7 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

☐ 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（ ）

※ 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)