

届出年月日： 年 月 日

2026 年度（令和 8 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	

◎読影（二次読影）の依頼先はどちらですか。*2026 年度（令和 8 年度）の予定

<input type="checkbox"/>	自医療機関内で読影する（医師名： _____）
<input type="checkbox"/>	他院に依頼する（依頼先医療機関名： _____）
<input type="checkbox"/>	医師会読影委員会に依頼する

 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。*2026 年度（令和 8 年度）の予定

<input type="checkbox"/>	自医療機関内で読影する（医師名： _____）
<input type="checkbox"/>	他院に依頼する（依頼先医療機関名： _____）
<input type="checkbox"/>	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	※記入不要
自施設	キット名 (_____)
他に依頼 (_____)	下限値 (_____) カットオフ (_____)

※ 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)