



## No.1 仕 様 書

- 1 品 名 福山市がん検診診査票（見本あり）
- 2 規 格 A3サイズ 3部複写  
1枚目：60K 白色  
2枚目：40K イエロー  
3枚目：40K イエロー 減感処理必要  
3枚目は両面印刷  
1冊3枚複写20セット  
表紙右上に「福山市がん検診診査票」と記載
- 3 内 容 別紙のとおり
- 4 印刷部数 850冊
- 5 期 限 2026年（令和8年）8月25日（火）
- 6 納入場所 健康推進課  
（福山市三吉町南二丁目11番22号 福山すこやかセンター6階）  
搬入場所：福山すこやかセンター 東館1階 健康教育室映写室  
※搬入の際は事前に御連絡ください。  
電話番号：084-928-3421  
担 当：梶田、藤井
- 7 そ の 他
  - ・要校正。（2回）
  - ・20冊ごとに梱包すること。
  - ・エクセルファイルでの原稿のデータ渡し可。
  - ・納品時に印刷データをPDF形式で納品すること。
  - ・納品前日に健康推進課に連絡し、納品時間を確認すること。

福山市がん検診診査票

自己負担	有	69歳以下	無	生活保護世帯
		70歳以上		市民税非課税世帯

(福山市控)  
この診査票は、実施医療機関及び担当課で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。 ※該当項目に  をしてください。

1 <input type="checkbox"/> 肺がん検診	2 <input type="checkbox"/> <small>かくたん</small> 喀痰細胞診	3 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診
4 <input type="checkbox"/> 胃がん検診(X線検査)	5 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診	

検査年月日: 令和 年 月 日  
又は 西暦 年

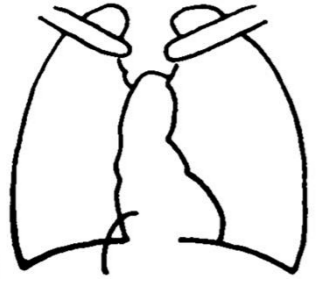
今回受けるがん検診の項目は、今年度初めての受診ですか。  
 はい  いいえ ⇒ 今年度は受診できません。

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医療機関コード 

3	4						
---	---	--	--	--	--	--	--


(太線枠内は、受診者が記入してください。)

フリガナ		性別	男・女
名前		年齢	歳
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 又は 西暦		
住所	福山市		
電話番号	— —		
検診受診	今回受けられるがん検診を職場等で受ける機会がありますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒ 職場等の検診を優先してください。 <input type="checkbox"/> いいえ		
	女性に伺います。妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒ 肺・子宮頸・胃がん検診は受診できません。 <input type="checkbox"/> いいえ		
実父母がかかった病気	脳卒中、高血圧、心臓病、糖尿病、がん( )		
今までにかかった病気	脳卒中、高血圧、心臓病、糖尿病、腎臓病、肝臓病、婦人科疾患、乳腺疾患、胃腸疾患、痔疾患、結核、その他( )		
最近の体の調子	体重減少、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹部不快感、胸やけ、上腹部痛、腹がはる、肛門の不快感、せき、たん、血たん、便の状態(下痢・便秘・黒い・血がつく・細い・太い)、その他( )		
現在の治療	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している	禁煙の意思	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う	一日喫煙本数	喫煙年数
		×	=

肺がん検診(40歳以上)	直接撮影所見		<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がん以外)
			<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がんの疑い)
			読影医師 _____
			判定 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
	判定日	年 月 日 (サイン)	理由 <input type="checkbox"/> 喫煙指数 <input type="checkbox"/> アスベスト
所属	福山市医師会健康支援センター		

(太線枠内は、受診者が記入してください。) 妊娠中の人は、妊婦健診で子宮頸がん検診を受けてください。

子宮頸がん検診(20歳以上)	主訴	なし・あり(出血・異常帯下・かゆみ・痛み)			
	月経	順・不順	最近の月経 年 月 日から 日間		
		閉経 なし・あり( 歳)			
	自覚症状(最近6か月以内)	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし(チェックを入れた人は以下の記入は不要)			
子宮頸がん検診(20歳以上)	月経トラブル	なし・あり ありの人: 不規則・出血量が多い・痛みが激しい			
	不正出血	なし・あり	かゆみ	なし・あり	
	おりもの	なし・あり(白色・黄色・緑色・褐色)			
	その他				
コルポスコープによる所見					
					
(日本コルポスコープ学会分類)					
正常所見	NCF	白色上皮	W	炎症	Inf
扁平上皮	S	角化上皮	K	萎縮	At
円柱上皮	C	異型血管	aV	真性びらん	Er
移行帯	T	浸潤がん	IC	コンジローマ	Con
異常所見	ACF	不適例	UCF	パピローマ	Pap
異型移行帯	AT			ポリープ	Po
モザイク	M			良性腫瘍	bU
赤点斑	P			肉芽像	Gr
判定	年 月 日				(サイン)
所属	福山市医師会健康支援センター				

胃がん検診(40歳以上)	直接撮影所見		所見なし・ニッシュ・欠損様・フレック・小弯短縮 胃角喏開・弯入・辺縁不整・辺縁硬化・レリーフ集中 レリーフ乱れ・粗大レリーフ・粘膜の乱れ 十二指腸球部変形・球部充てん不良 その他( )
			<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要治療
			<input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察
			読影医師 _____

大腸がん検診(40歳以上)	便の採取日	第1日目 ( 月 日 )	結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 (要精密検査)
		第2日目 ( 月 日 )	

※市の検診は一年度(4月〜翌年3月)に一回受けられます。

福山市がん検診診査票

自己負担	有	69歳以下	無	生活保護世帯
		70歳以上		市民税非課税世帯

(医療機関控)

この診査票は、実施医療機関及び担当課で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。

※該当項目に  をしてください。

1 <input type="checkbox"/> 肺がん検診	2 <input type="checkbox"/> <small>かくたん</small> 喀痰細胞診	3 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診
4 <input type="checkbox"/> 胃がん検診(X線検査)	5 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診	

検査年月日: 令和 年 月 日  
又は 西暦 年

今回受けるがん検診の項目は、今年度初めての受診ですか。

はい  いいえ ⇒ 今年度は受診できません。

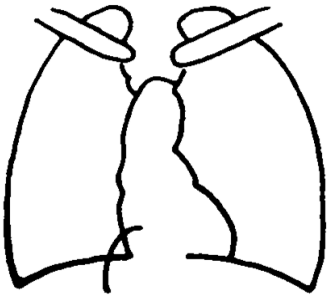
医療機関名

医療機関コード

3	4						
---	---	--	--	--	--	--	--

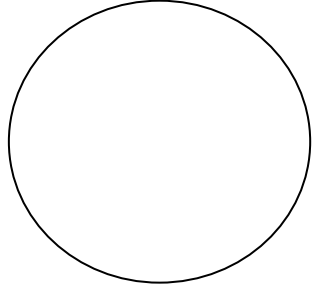
(太線枠内は、受診者が記入してください。)

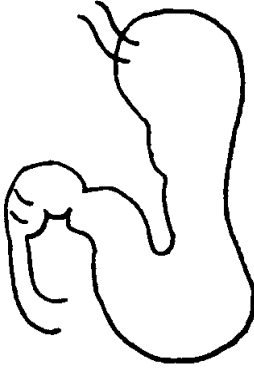
フリガナ		性別	男・女
名前			
生年月日	大正・昭和・平成 又は 西暦	年 月 日	年齢 歳
住所	福山市		
電話番号	— —		
検診受診	今回受けられるがん検診を職場等で受ける機会がありますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒ 職場等の検診を優先してください。 <input type="checkbox"/> いいえ		
	女性に伺います。妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒ 肺・子宮頸・胃がん検診は受診できません。 <input type="checkbox"/> いいえ		
実父母がかかった病気	脳卒中、高血圧、心臓病、糖尿病、がん( )		
今までにかかった病気	脳卒中、高血圧、心臓病、糖尿病、腎臓病、肝臓病、婦人科疾患、乳腺疾患、胃腸疾患、痔疾患、結核、その他( )		
最近の体の調子	体重減少、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹部不快感、胸やけ、上腹部痛、腹がはる、肛門の不快感、せき、たん、血たん、便の状態(下痢・便秘・黒い・血がつく・細い・太い)、その他( )		
現在の治療	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している	禁煙の意思	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う	一日喫煙本数	喫煙年数
		×	= 喫煙指数

肺がん検診(40歳以上)	直接撮影 所見		<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がん以外)	
			<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がんの疑い)	
			読影医師	
			判定	
		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		
	所見なし	判定日	年 月 日 (サイン)	<input type="checkbox"/> 喫煙指数
	所見あり:( )	所属	福山市医師会健康支援センター	<input type="checkbox"/> アスベスト
		理由		

(太線枠内は、受診者が記入してください。)

妊娠中の人は、妊婦健診で子宮頸がん検診を受けてください。

子宮頸がん検診(20歳以上)	主訴	なし・あり(出血・異常帯下・かゆみ・痛み)			子宮頸がん検診受診歴	有・無	最近の受診	年 月
	月経	順・不順	最近の月経			妊娠歴	妊娠( )回	分娩( )回
		閉経			なし・あり( )歳	検体の種類	膣・子宮腔部・頸管	
	自覚症状(最近6か月以内)	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし(チェックを入れた人は以下の記入は不要)						
月経トラブル	なし・あり			ありの人: 不規則・出血量が多い・痛みが激しい				
不正出血	なし・あり	かゆみ	なし・あり					
おりもの	なし・あり(白色・黄色・緑色・褐色)							
その他								
コルポスコープによる所見								
								
(日本コルポスコーピー学会分類)								
正常所見	NCF	白色上皮	W	炎症	Inf			
扁平上皮	S	角化上皮	K	萎縮	At			
円柱上皮	C	異型血管	aV	真性びらん	Er			
移行帯	T	浸潤がん	IC	コンジローマ	Con			
異常所見	ACF	不適例	UCF	パピローマ	Pap			
異型移行帯	AT			ポリープ	Po			
モザイク	M			良性腫瘍	bU			
赤点斑	P			肉芽像	Gr			
判定	年 月 日			(サイン)				
所属	福山市医師会健康支援センター							

胃がん検診(40歳以上)	直接撮影 所見		所見なし・ニッシュ・欠損様・フレック・小弯短縮
			胃角哆開・弯入・辺縁不整・辺縁硬化・レリーフ集中
			レリーフ乱れ・粗大レリーフ・粘膜の乱れ
			十二指腸球部変形・球部充てん不良
			その他( )
判定	<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要治療		
	<input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察		
	読影医師		
	読影医師		

大腸がん検診(40歳以上)	便の採取日	第1日目( )月( )日	結果	<input type="checkbox"/> 陰性
		第2日目( )月( )日		<input type="checkbox"/> 陽性(要精密検査)

※市の検診は一年度(4月〜翌年3月)に一回受けられます。

# 福山市がん検診結果報告書

自己負担	有	69歳以下	無	生活保護世帯
		70歳以上		市民税非課税世帯

(本人控)  
この診査票は、実施医療機関及び担当課で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。 ※該当項目に  をしてください。

1 <input type="checkbox"/> 肺がん検診	2 <input type="checkbox"/> <small>かくたん</small> 喀痰細胞診	3 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診
4 <input type="checkbox"/> 胃がん検診(X線検査)	5 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診	

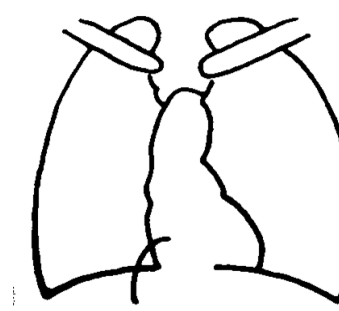
検査年月日: 令和 年 月 日  
又は 西暦 年

今回受けるがん検診の項目は、今年度初めての受診ですか。  
 はい  いいえ ⇒ 今年度は受診できません。

医療機関名 ガンカン処理要

(太線枠内は、受診者が記入してください。)

フリガナ		性別	男・女
名前			
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 又は 西暦	年齢	歳
住所	福山市		
電話番号	— —		
検診受診	今回受けられるがん検診を職場等で受ける機会がありますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒ 職場等の検診を優先してください。 <input type="checkbox"/> いいえ		
	女性に伺います。妊娠している、又は妊娠の可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> はい⇒ 肺・子宮頸・胃がん検診は受診できません。 <input type="checkbox"/> いいえ		
実父母がかかった病気	脳卒中、高血圧、心臓病、糖尿病、がん( )		
今までにかかった病気	脳卒中、高血圧、心臓病、糖尿病、腎臓病、肝臓病、婦人科疾患、乳腺疾患、胃腸疾患、痔疾患、結核、その他( )		
最近の体の調子	体重減少、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹部不快感、胸やけ、上腹部痛、腹がはる、肛門の不快感、せき、たん、血たん、便の状態(下痢・便秘・黒い・血がつく・細い・太い)、その他( )		
現在の治療	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している → 禁煙の意思 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
たばこ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う → 一日喫煙本数 <input type="text"/> × 喫煙年数 <input type="text"/> = 喫煙指数 <input type="text"/>		

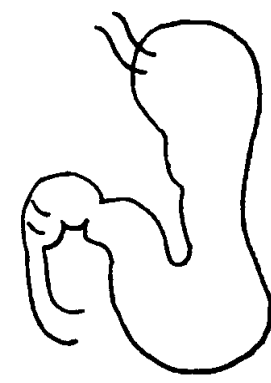
肺がん検診(40歳以上)	直接撮影 所見		判定	<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がん以外)
				<input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要精密検査(肺がんの疑い)
			読影医師	読影医師
			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
	判定日	年 月 日 (サイン)	理由	<input type="checkbox"/> 喫煙指数
	所属	福山市医師会健康支援センター		<input type="checkbox"/> アスベスト

※市の検診は一年度(4月〜翌年3月)に一回受けられます。

(太線枠内は、受診者が記入してください。)

妊娠中の人は、妊婦健診で子宮頸がん検診を受けてください。

子宮頸がん検診(20歳以上)	主訴	なし・あり(出血・異常帯下・かゆみ・痛み)	子宮頸がん検診受診歴	有・無	最近の受診	年 月
	月経	順・不順 閉経 なし・あり( 歳)	妊娠歴	妊娠( 回)	分娩( 回)	
自覚症状(最近6か月以内)	<input type="checkbox"/> 自覚症状なし(チェックを入れた人は以下の記入は不要)					
	月経トラブル	なし・あり ありの人: 不規則・出血量が多い・痛みが激しい	不正出血	なし・あり	かゆみ	なし・あり
	おりもの	なし・あり(白色・黄色・緑色・褐色)	その他			
	コルポスコープによる所見					
(日本コルポスコープ学会分類)						
正常所見	NCF	白色上皮	W	炎症	Inf	
扁平上皮	S	角化上皮	K	萎縮	At	
円柱上皮	C	異型血管	aV	真性びらん	Er	
移行帯	T	浸潤がん	IC	コンジローマ	Con	
異常所見	ACF	不適例	UCF	パピローマ	Pap	
異型移行帯	AT			ポリープ	Po	
モザイク	M			良性腫瘍	bU	
赤点斑	P			肉芽像	Gr	
判定	年 月 日 (サイン)					
所属	福山市医師会健康支援センター					

胃がん検診(40歳以上)	直接撮影 所見		所見	所見なし・ニッシュ・欠損様・フレック・小弯短縮 胃角哆開・弯入・辺縁不整・辺縁硬化・レリーフ集中 レリーフ乱れ・粗大レリーフ・粘膜の乱れ 十二指腸球部変形・球部充てん不良 その他( )
			判定	<input type="checkbox"/> 異常を認めず <input type="checkbox"/> 要治療
				<input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> 経過観察
			読影医師	読影医師

大腸がん検診(40歳以上)	便の採取日	第1日目( 月 日 )	結果	<input type="checkbox"/> 陰性
		第2日目( 月 日 )		<input type="checkbox"/> 陽性(要精密検査)

## 検診結果の見方と注意事項

### ◇肺がん検診(胸部X線検査)

異常を認めず・・・この検査の範囲では、現在のところ異常な所見は見当たりません。  
1年度に1回の定期検診を受けてください。

経過観察・・・何らかの所見は認められますが今のところ精密検査は不要です。  
主治医の指示に従い経過をみてください。

要精密検査 (肺がん以外)・・・肺がん以外の疾患が考えられます。主治医の指示に従い精密検査を受けてください。

要精密検査 (肺がんの疑い)・・・肺がんの疑いがあります。主治医の指示に従い精密検査を受けてください。

### ◇喀痰細胞診

A 材料不適・・・喀痰中に組織球を認めなかったため判定できませんでした。

B 定期検診・・・今回は異常を認めませんでした。今後も定期的に検診を受けてください。

C 要追加検査・・・中等度異型細胞を認めるため、6か月以内の追加検査が必要です。

D 要精密検査・・・高度異型細胞若しくは悪性腫瘍を疑う細胞を認めるため、  
直ちに精密検査を受けてください。

E 要精密検査・・・悪性腫瘍細胞を認めるため、直ちに精密検査を受けてください。

### ◇胃がん検診(X線検査)

異常を認めず・・・今回の検診では異常はありませんでした。1年度に1回の定期検診を受けてください。

要精密検査・・・病気の疑いがあります。胃カメラ等の精密検査を受けてください。

要治療・・・治療を要します。主治医の指示に従ってください。

経過観察・・・軽度の異常が認められます。主治医の指示に従い経過をみてください。

### ◇子宮頸がん検診

異常を認めず・・・今回の細胞診では異常はありませんでした。1年度に1回の定期検診を受けてください。

要精密検査・・・主治医の指示に従い精密検査を受けてください。

### ◇大腸がん検診

陰性・・・今回の検査では異常はありませんでした。1年度に1回の定期検診を受けてください。

陽性 (要精密検査)・・・異常所見が認められるため、主治医の指示に従い内視鏡等の精密検査を受けてください。

※精密検査が必要と言われた場合は、必ず検査を受けましょう。

※今回の検診で全ての検査ができたわけではありませんので、現在何らかの自覚症状をお持ちの方は早めにかかりつけ医にご相談ください。

※検診を受けて気になる点、分からないことがある場合は、検診実施医療機関やかかりつけ医、又は福山市の保健師にご相談ください。

## ～ 禁煙に挑戦してみませんか? ～

たばこは、肺がん、脳血管疾患や心臓病をはじめ、多くの病気と関係しています。

禁煙を試したけれど失敗した、禁煙したいけど自信がないという人へ。

禁煙は自力でも可能ですが、自分にあった禁煙方法を選ぶことが大切です。

医療機関での禁煙治療や禁煙補助薬を利用すると、ニコチン切れの症状を抑えることができるので、

比較的楽に、一人で取り組むよりも成功率が高くなるのが分かっています。

禁煙治療については、検診実施医療機関やかかりつけ医、又は福山市の保健師等にご相談ください。

※健康保険等で禁煙治療を受けるには、要件があります。詳しくは禁煙外来・禁煙クリニック、

かかりつけ医にご相談ください。



検診結果は大切に保管し、自らの健康管理にお役立てください。

No. 2

2026年度（令和8年度）福山市幼児等インフルエンザ予防接種費補助  
にかかる委任状兼報告書印刷仕様書

■ 仕様書

名 称	福山市幼児等インフルエンザ予防接種費補助にかかる委任状兼報告書
サ イ ズ	A5
印刷用紙・紙質	上質紙55kg クリーム 無地
加 工	無し
印刷枚数	45,000枚 (500枚を1包として100枚毎に、区切りあるいは目印等を付ける。)
刷 色	黒色1色刷り 片面印刷
原 稿	電子データ有（Word 文書形式）
校 正	1回校正（必要に応じ再校正）
納入期限	2026年（令和8年）8月19日（水）
納入場所	福山市保健所保健予防課 (福山市三吉町南二丁目11-22 福山すこやかセンター内)

■ その他

- ・ 応札後、保健予防課より原稿を電子データでメール送信する。電子データ受渡までに文面を若干変更する場合がある。
- ・ 保健予防課に第1回校正原稿を提出後、校正箇所が見つかった場合は、ただちに校正処理を行い、保健予防課へ再校正を提出すること。
- ・ その他必要項目については、別途、福山市と協議するものとする。

【問合せ先】 福山市保健所保健予防課 （担当 村上）  
電話番号 084-928-1127

## 福山市幼児等インフルエンザ予防接種費補助にかかる委任状兼報告書

保護者記入欄	受ける人 (福山市に 住民票があ る幼児等)	住所	福山市	生年月日	年 月 日生
		フリガナ			満 歳 か月
	名前		電話番号	( ) -	
保護者 (委任者)	名前	フリガナ			

私に対する幼児等インフルエンザ予防接種費用の補助について、福山市長へ請求及び福山市長から受領することを、貴医療機関に委任します。また、このことについて、貴医療機関が属する医師会に委任することを承諾します。

医療機関記入欄	補助確認書類 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険資格確認書 <input type="checkbox"/> 子ども医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 親子(母子)健康手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )			
	接種年月日	年 月 日	接種医療機関	受任者	
	補助額 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 1回目接種                      800円 <input type="checkbox"/> 2回目接種                        800円 <input type="checkbox"/> フルミスト接種                1,600円	所在地 名称 医師名		