

様式2

令和 8 年度 胃がん検診受診者名簿(内視鏡)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(30~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		30~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 + 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名								電 話 番 号			
胃 が ん (内 視 鏡)		T S H . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
		T S H . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
		T S H . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
		T S H . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
		T S H . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			

生検をした場合は精密検査扱いとなります。

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 胃がん検診受診者名簿(透視)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(30~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		30~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 + 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名								電 話 番 号			
胃 が ん (透 視)			T S H . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
			T S H . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
			T S H . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
			T S H . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			
			T S H . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
										電話番号()			

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 肺がん検診受診者名簿(X線のみ)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		40~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一次検診 ++ 総合判定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名	電話番号										
肺がん (X線検査のみ)			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
										電話番号()			

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 肺がん検診受診者名簿(X線 + 喀痰)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		40~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一次検診 ++ 総合判定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名	電話番号										
肺がん (X線検査 + 喀痰検査)	1		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	2		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	3		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	4		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	5		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	6		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	7		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	8		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	9		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
	10		T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 大腸がん検診受診者名簿

受診日年齢を記入してください

→ 佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

→ 生活保護の場合 印を

→ 節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

→ 自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		40~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		潜血		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名								電 話 番 号		1回目	2回目		
大腸がん			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	潜血 + . -	1 便潜血異常なし 2 要精検 3 その他		

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部のみ)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(20~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

無料クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		20~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	クーポン	自己負担	住所	電話番号	一次検診 総合判定	精密検査紹介先医療機関
		氏名	氏名											
子宮がん (頸部のみ)	1		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	2		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	3		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	4		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	5		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	6		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	7		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	8		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	9		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	10		T S H . . .	歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和8年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部+体部)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(20~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)の場合 印を

無料クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分

月	日	生年月日		20~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	クーポン	自己負担	住所	電話番号	一次検診 総合判定	精密検査紹介先医療機関
		氏名	氏名											
子宮がん (頸部+体部)	1	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	2	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	3	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	4	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	5	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	6	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	7	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	8	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	9	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
	10	T S H . .		歳	歳						町	電話番号()	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 乳がん検診受診者名簿(視触診+エコー検査)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(30~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分 _____

月	日	生年月日			30~39歳	40~69歳PM等	70歳以上PM等	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名										電 話 番 号			
乳がん (視触診+エコー検査)	1		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
												電話番号()			
	2		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
												電話番号()			
	3		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
												電話番号()			
	4		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
												電話番号()			
	5		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
												電話番号()			
6		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
											電話番号()				
7		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
											電話番号()				
8		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
											電話番号()				
9		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
											電話番号()				
10		T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
											電話番号()				

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 乳がん検診受診者名簿(視触診+マンモグラフィ保健所撮影)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日		40~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名	氏 名							電 話 番 号	電 話 番 号		
乳がん (視触診+マンモグラフィ保健所撮影)			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 乳がん検診受診者名簿(マンモグラフィ保健所撮影 視触診なし)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日		40~69歳	70歳以上	市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 定	精密検査紹介先医療機関
			氏 名	電 話 番 号										
乳がん(マンモグラフィ保健所撮影 視触診なし)			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
											電話番号()			
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
											電話番号()			
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
											電話番号()			
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
											電話番号()			
			T S . . .		歳	歳					町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
											電話番号()			

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 乳がん検診受診者名簿(視触診+マンモグラフィ自院撮影)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分 _____

月	日	生年月日			市国保	生保	節目検診	自己負担	住 所		一 次 検 診 総 合 判 定	精密検査紹介先医療機関
		氏 名	40~49歳	50~69歳					70歳以上	電 話 番 号		
乳がん (視触診+マンモグラフィ自院撮影)	1		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
	2		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
	3		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
	4		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
	5		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
6		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳			電話番号()				
7		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳			電話番号()				
8		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳			電話番号()				
9		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳			電話番号()				
10		T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳	歳			電話番号()				

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

様式2

令和 8 年度 乳がん検診受診者名簿(マンモグラフィ自院撮影 視触診なし)

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保(40~74歳)の場合 印を

生活保護の場合 印を

節目検診(40歳・50歳・60歳)・クーポン券の場合 印を

自己負担金を徴収した場合 印を

医療機関名 _____

月分 _____

	月	日	生年月日			市 国 保	生 保	節 目 検 診	自 己 負 担	住 所	一 次 検 診 総 合 判 定	精 密 検 査 紹 介 先 医 療 機 関
			氏 名	40~ 49歳	50~ 69歳							
乳がん (マンモグラフィ自院撮影 視触診なし)			T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
			T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
			T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
			T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			
			T S . . .						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳			電話番号()			

1ヶ月分をまとめ、翌月の20日までに請求書・カルテと一緒に提出してください

令和 8 年度 佐世保市肝炎ウイルス検診受診者名簿

医療機関名

()月分

受診日	生年月日(受診日年齢)	性別	住 所 電話番号	C型肝炎ウイルス検査 判定	HBs 抗原検査 判定
月 日	氏 名				
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性
	M T S H . . (歳)	男	町 丁目 番 号	1. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>高い</u> (判定理由)	1. 陽性
		女	電話番号(- -)	2. 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が <u>低い</u> (判定理由)	2. 陰性

1ヶ月分をまとめ、翌月の10日までに受診票とともに医師会へ提出してください。