

様式2

令和 6 年度 胃がん検診受診者名簿(内視鏡)

医療機関名 \_\_\_\_\_

受診日年齢を記入してください

→ 佐世保市国保の場合○印を

→ 生活保護・市民税非課税の場合○印を

→ 40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)

→ 自己負担金を徴収した場合○印を

月分

月	日	生年月日			30~39歳	40~69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	40歳節目	自己負担	住所		一次検診 ①+②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)	1		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	2		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	3		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	4		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	5		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
6		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
7		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
8		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
9		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
10		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							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 6 年度 胃がん検診受診者名簿(透視)

医療機関名 \_\_\_\_\_

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)

自己負担金を徴収した場合○印を

月分

月	日	生年月日			30~39歳	40~69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	40歳節目	自己負担	住所		一次検診 ①+②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)	1		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	2		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	3		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	4		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
	5		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患		
				歳	歳	歳							電話番号( )			
6		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
7		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
8		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
9		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			歳	歳	歳							電話番号( )				
10		T S H . . .										町	1 異常なし 2 要精検 3 がん以外の疾患			
			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 6 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  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	自己負担	住所		一次検診 ①+②+③ 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)	1		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	2		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	3		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	4		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	5		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
6		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
7		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
8		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
9		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
10		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 6 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  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	自己負担	住所		一次検診 ①+②+③ 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	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	2		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	3		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	4		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
	5		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
											電話番号( )			
6		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
7		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
8		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
9		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 要精検 3 その他			
										電話番号( )				
10		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 6 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  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	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	1		
大腸がん			T S . . .	歳	歳						町	潜血	1	便潜血異常なし			
											電話番号( )	+ . -	2	要精検			
												+ . -	3	その他			
				T S . . .	歳	歳						町	潜血	1	便潜血異常なし		
												電話番号( )	+ . -	2	要精検		
													+ . -	3	その他		
				T S . . .	歳	歳						町	潜血	1	便潜血異常なし		
												電話番号( )	+ . -	2	要精検		
													+ . -	3	その他		
				T S . . .	歳	歳						町	潜血	1	便潜血異常なし		
											電話番号( )	+ . -	2	要精検			
												+ . -	3	その他			
			T S . . .	歳	歳						町	潜血	1	便潜血異常なし			
											電話番号( )	+ . -	2	要精検			
												+ . -	3	その他			
			T S . . .	歳	歳						町	潜血	1	便潜血異常なし			
											電話番号( )	+ . -	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 6 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  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	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											
子宮がん (頸部のみ)			T S H . .		歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
												電話番号( )			
			T S H . .		歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
												電話番号( )			
			T S H . .		歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
												電話番号( )			
			T S H . .		歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
												電話番号( )			
			T S H . .		歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 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 6 年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部のみ)

無料クーポン券対象者専用

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保の場合○印を

医療機関名 \_\_\_\_\_

月分

	月	日	生年月日		年齢	国保	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			
子宮がん (頸部のみ) 無料クーポン券対象者専用			H . .		歳		町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
							電話番号( )			
			H . .		歳		町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
							電話番号( )			
			H . .		歳		町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
							電話番号( )			
			H . .		歳		町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
							電話番号( )			
			H . .		歳		町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 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 6 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  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	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											
子宮がん (頸部+体部)			T S H . . .	歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
											電話番号( )			
			T S H . . .	歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
											電話番号( )			
			T S H . . .	歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
											電話番号( )			
			T S H . . .	歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患		
											電話番号( )			
			T S H . . .	歳	歳						町	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 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 6 年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部・体部)

**無料クーポン券対象者専用**

受診日年齢を記入してください  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○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		年齢	国保	非課税	生保	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						町	電話番号		
子宮がん (頸部・体部) 無料クーポン券対象者専用			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	1 精検不要 2 要精検(経過観察含) 3 がん以外の疾患	
			H . .		歳					町	( )	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 6 年度 乳がん検診受診者名簿(視触診+エコー検査)

医療機関名 \_\_\_\_\_

受診日年齢を記入してください

佐世保市国保の場合○印を

生活保護・市民税非課税の場合○印を

40歳節目検診・クーポン券の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)

自己負担金を徴収した場合○印を

月分

月	日	生年月日			30~39歳	40歳以上PM等クーポン	40歳以上PM等クーポン	国保	非課税	生保	40歳節目	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	電話番号												
乳がん (視触診+ エコー検査)	1		T S H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 H . .										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 6 年度 乳がん検診受診者名簿(視触診+マンモグラフィー保健所撮影)

受診日年齢を記入してください  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診・クーポン券の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	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+マンモグラフィー保健所撮影)	1		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳						電話番号( )			
	2		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳						電話番号( )			
	3		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳						電話番号( )			
	4		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳						電話番号( )			
	5		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳						電話番号( )			
6		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳						電話番号( )				
7		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳						電話番号( )				
8		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳						電話番号( )				
9		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			歳	歳						電話番号( )				
10		T S . . .	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検			
			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6年度 乳がん検診受診者名簿(マンモグラフィー保健所撮影 ※視触診なし)

受診日年齢を記入してください  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診・クーポン券の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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	国保	非課税	生保	40歳節目	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								町	電話番号		
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 乳がん(マンモグラフィー保健所撮影 ※視触診なし)			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
			T S . . .		歳	歳						町	電話番号( )	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 6 年度 乳がん検診受診者名簿(視触診+マンモグラフィー自院撮影)

受診日年齢を記入してください  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診・クーポン券の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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			40~49歳	50~69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	40歳節目	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+マンモグラフィー自院撮影)			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( )				
		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 6 年度 乳がん検診受診者名簿(マンモグラフィー自院撮影 ※視触診なし)

受診日年齢を記入してください  
 佐世保市国保の場合○印を  
 生活保護・市民税非課税の場合○印を  
 40歳節目検診・クーポン券の場合○印を(R6年度:S58.4.2~S59.4.1生まれ)  
 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			40~49歳	50~69歳	70歳以上	国保	非課税	生保	40歳節目	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	町	電話番号												
乳がん (マンモグラフィー自院撮影 ※視触診なし)	1		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
				歳	歳	歳							町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
	2		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
					歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
	3		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
					歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
	4		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
					歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
	5		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
					歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検	
6		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
7		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
8		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
9		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳						町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
10		T S . .										町	電話番号( )	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
				歳	歳	歳						町	電話番号( )	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

## 令和 6 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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		
	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 ② ) 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 ③ ④ ⑤ )	1. 陽性 2. 陰性
		女	電話番号( - - )		

※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。