

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	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)	1		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()			
	2		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()			
	3		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()			
	4		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()			
	5		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()			
6		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()				
7		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()				
8		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()				
9		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()				
10		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7年度 胃がん検診受診者名簿(透視)

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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	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7年度 肺がん検診受診者名簿(X線のみ)

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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	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		
				歳	歳					電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
				歳	歳					電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
				歳	歳					電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
				歳	歳					電話番号()			
			T S . . .	歳	歳					町	1 異常なし 2 要精検 3 その他		
				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7年度 肺がん検診受診者名簿(X線+喀痰)

(令和7年10月~令和8年3月受診用)

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	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)			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			T S . . .	歳	歳					町	電話番号()	1 異常なし 2 要精検 3 その他	
			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7年度 大腸がん検診受診者名簿

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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	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7年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部のみ)

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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	国保	生保	節目検診	クーポン	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7年度 子宮がん検診受診者名簿(頸部+体部)

(令和7年10月~令和8年3月受診用)

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	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

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	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)			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	歳	歳						町	1 異常なし 2 良性・精検不要 3 要精検		
			T S H . . .	歳	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7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)

(令和7年10月~令和8年3月受診用)

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	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+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7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)

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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	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							町	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	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7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)

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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			40～49歳	50～69歳	70歳以上	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+マンモグラフィ自院撮影)			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()			

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 7 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)

(令和7年10月～令和8年3月受診用)

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			40～49歳	50～69歳	70歳以上	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 (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 7 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。