

仕様書

番号	名称	規格	数量	様式	納入場所	納入日	校正
1	国保特定健康診査通知書・受診票	・9.2×12.0インチ	20,000 枚	別紙1のとおり	奥州市江刺総合支所 (5階全員協議会室) 及び 奥州市胆沢総合支所 (2階会議室)	令和8年5月1日(金)	4回
	国保30代健康診査通知書・受診票	・ノンカーボン紙40kg	1,500 枚				
	一般健康診査通知書・受診票	・刷色(1枚目両面1色、2～4表1色)	1,000 枚				
2	長寿健康診査通知書・受診票	・9.2×12.0インチ	23,000 枚	別紙2のとおり			
		・ノンカーボン紙40kg ・刷色(1枚目両面1色、2～4表1色) ・加工(ポイント糊、4枚目減感) ・4枚複写					
3	眼科健康診査通知書・受診票	・9.2×12.0インチ ・ノンカーボン紙40kg ・刷色(1～5枚目表1色) ・加工(ポイント糊、4、5枚目減感) ・5枚複写 ・用紙:浅黄色	1,200 枚	別紙3のとおり			
4	前立腺がん検診通知書・受検票	サイズ(9.2×12インチ) ノンカーボン紙(40kg) 刷色(1～3枚目表1色 緑) 加工(右ポイント糊) 3枚複写	5,500 枚	別紙4のとおり			
5	成人歯科健康診査通知書・受診票	サイズ(9.2×12インチ) ノンカーボン紙(40kg) 刷色(1.4枚目両面1色、2.3.5枚目表1色) 加工(ポイント糊) 4枚複写	8,500 枚	別紙5のとおり			
6	骨粗しょう症予防診査通知書・受検票	サイズ(9.2×12インチ) ノンカーボン紙(40kg) 刷色(1～3枚目表1色 黒、4枚目両面1色 黒) 加工(右ポイント糊) 4枚複写	5,500 枚	別紙6のとおり			
7	肝炎ウイルス診査通知書・受検票	サイズ(9.2×12インチ) ノンカーボン紙(40kg) 刷色(1～3枚目表1色 牡丹色、4枚目両面1色 黒) 加工(右ポイント糊) 3枚複写	10,500 枚	別紙7のとおり			
8	乳がん検診通知書・受検票	サイズ(9.2×12インチ) ノンカーボン紙(40kg) 刷色(1～3枚目表1色、4枚目両面1色) 加工(ポイント糊、4枚目減感) 4枚複写 用紙ピンク	4,000 枚	別紙8のとおり			
9	子宮がん検診通知書・受検票	サイズ(9.2×12インチ) ノンカーボン紙(40kg) 刷色(1～4枚目表1色、5枚目両面1色) 加工(ポイント糊、4.5枚目減感) 5枚複写 用紙イエロー	6,000 枚	別紙9のとおり			
10	宛名ラベル	連票サイズ(8インチ×10インチ) 面付(縦4面、横2面)	9,000 枚	別紙10のとおり			

* 該当になる健診に○をしてあります

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏 名	性別	宛名番号	
	行政区・世帯番号	自己負担金 円	(年齢は統計処理のため令和9年4月1日現在とされています)
電話番号 ()	保険者番号	受診券整理番号	

奥州市長 倉成 淳

市では、心臓病・脳卒中・糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化の予防のための健康診査を実施いたしますので、年に1度必ず受診しましょう。

- 1.実施期間** 令和8年6月1日(月)から令和8年8月31日(月)まで (強化月間)
 *有効期限は令和8年12月31日までですが、なるべく上記の期間内に受けてください。
 *秋から冬にかけては医療機関が混雑します。早めの受診にご協力をお願いします。

- 2.実施場所** この通知書と同封しました、「奥州市検診のおしらせ」の実施医療機関一覧を参照してください。

- 3.健診内容** 問診、身体計測(身長、体重、腹囲測定等)、診察、血圧測定、血液検査、尿検査、心電図

4.注意事項

○受診当日は、マイナ保険証または資格確認書により、医療機関の窓口で健康保険資格の確認を受けてください。ただし、一般健診を受診する人は不要です。

※この通知書は発送時点の健康保険資格により作成しています。受診日の健康保険資格によって健診区分が変更になる場合や、受診できない場合がありますので、必ず確認を受けてください。

○この通知書の4枚目の「質問票」を記入のうえ、受付をしてください。

○この用紙は複写式になっています。折り曲げたり汚したりしないでください。

○検査値に影響するため、健診前日はアルコールの摂取や激しい運動は控えてください。

○午前に受診される方は朝食を食べないで、午後の方は朝食を軽めに済ませ、健診までは水以外の飲食物をとらないで受診してください。ただし、低血糖が心配される方は、検査時間がかかることも予想されるため、軽食をご持参ください。

- 5.検査結果について** 受診者本人へ郵送いたします。郵送までは、受診日から概ね1か月半程度の期間を要します。

6.受診しない方について

※4枚目の「質問票」を記入のうえ、次の該当する理由に○印をつけて、居住する地域の担当部署(裏面11に記載)までお返してください。

受けない理由	1 他の機会(職場の健診等)で受ける(受けた) ※通院中の方はかかりつけ医に相談し、ぜひ健康診査を受けましょう。
	2 寝たきり・歩行困難など
	3 入院中(6か月未満・6か月以上)・施設入所中
	4 治療中(糖尿病 心臓病 脳卒中)
	5 長期不在
	6 今年は受診しない
	7 その他()

40~74歳の「特定健康診査」対象者で、令和8年度中に職場の健診を受けた方へ
裏面の9をご覧ください。

7.総合水沢病院、岩手県予防医学協会県南センター(金ケ崎)で人間ドックを受ける人へ

※国保特定健康診査部分を助成します。受診時に必ず本通知書を持参してください。

(ただし、令和8年6月1日から令和8年12月31日までの間に受ける方に限ります。)

- 8.個人情報保護について** 住所、氏名などの個人識別情報や健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

- 9.国保特定健康診査の対象で、職場の健診または上記7以外の施設や病院等で人間ドックを受けた人へ**
⇒ この用紙の裏面をご覧ください

- 10.眼底検査の実施医療機関** ⇒ この用紙の裏面をご覧ください

- 11.問い合わせ** ⇒ この用紙の裏面をご覧ください

9.国保特定健康診査の対象で、職場の健診または裏面7以外の施設や病院等で人間ドックを受けた人へ

健診結果を提出すると特定健診を実施したことになりますので、健診結果のコピーを提出してください。
健診結果は、市と国民健康保険団体連合会で保存し、健診データの集約・分析に使用します。

【提出書類】 ①健診結果のコピー ②この健診通知書（4枚目の「質問票」の質問に○をしてください。）

【有効な健診期間】 令和8年4月1日～令和9年3月31日の間に受けた健診結果を提出してください。

【必要な健診項目】 健診機関、身体計測(要腹囲)、診察、血圧、血液検査(脂質・肝機能・糖代謝)、尿検査、医師の診断
ただし、病院診療の検査では、該当にならない場合がありますのでご確認ください。

10.眼底検査の実施医療機関

眼底検査の対象者は40～74歳の方で、医師の判断により検査が必要と認められた場合に実施します。

胃腸クリニック

井筒医院（眼底検査は別日になる場合があります）

奥州市総合水沢病院

たかはし内科医院

11.問い合わせ

〒023-8501 岩手県奥州市水沢大手町一丁目1番地

水沢:健康こども部健康増進課 健康づくり係 TEL(0197)34-2903

江刺:江刺総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-2523

前沢:前沢総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-0275

胆沢:胆沢総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)46-2977 健康増進プラザ悠悠館

衣川:衣川総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-2370

(市提出用)

〒		生年月日		年齢	
住所				歳	
フリガナ 氏名		性別	宛名番号		
様		行政区・世帯番号		自己負担金	受診番号
電話番号 ()		保険者番号		円	
		受診券整理番号		被保険者番号	

診 査 結 果

検査項目		今回の結果	判定
A 尿検査	たんばく	- ± + ++ +++	1 2 3
	潜血	- ± + ++ +++	1 2 3
B 糖代謝	尿糖	- ± + ++ +++	1 2 3
	血糖	mg/dℓ	1 2 3
	ヘモグロビンA1c(NGSP)	%	1 2 3
C 肝機能	A S T (G O T)	IU/ℓ	1 2 3
	A L T (G P T)	IU/ℓ	1 2 3
	γ-G T (γ-G T P)	IU/ℓ	1 2 3
D 脂質	LDLコレステロール	mg/dℓ	1 2 3
	中性脂肪	mg/dℓ	1 2 3
	HDLコレステロール	mg/dℓ	1 2 3
E 腎機能	クレアチニン	mg/dℓ	1 2 3
F 尿酸		mg/dℓ	1 2 3
G 血液検査	赤血球	万/μℓ	1 2 3
	血色素量	g/dℓ	1 2 3
	ヘマトクリット値	%	1 2 3
	白血球	/μℓ	1 2 3
	血小板	万/μℓ	1 2 3
H 心電図	1. 洞性(頻脈、徐脈) 2. 期外収縮(上室、心室) 3. 脚ブロック(完全:右、左 不完全:右、左) 4. S T、T異常(軽、中、高) 5. 心房細動 6. 心筋梗塞(前、後、側、中隔、下) 7. 心室肥大(右、左) 8. 房室ブロック(1、2、3) 9. その他		1 2 3

眼底対象判定	対象 対象外	前年血糖	mg/dℓ
		前年HbA1c	%
	血圧 収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上 血糖 空腹時血糖値126mg/dℓ以上、ヘモグロビンA1cが6.5%(NGSP値)以上又は随時血糖値が126mg/dℓ以上		
I 眼底	K-W 所見 H(高張性) S(硬化性) S c o t t	群 度 度 期	1 2 3
検査条件	・食後()時間()分 ・空腹時(食後10時間以上)		
身長	cm	体重	kg
J BMI		腹囲	cm
K 血圧	~ mmHg		1 2 3 4 5
診察	視診 (所見ありなし)	触診 (所見ありなし)	
	聴診 (所見ありなし)	浮腫 (所見ありなし)	

判 定		2. 要指導	3. 要治療継続	4. 要医療
1. 腎尿路系疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒	2	3	4
2. 糖尿病(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒	2	3	4
3. 肝疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒	2	3	4
4. 脂質異常症	○はこちらへ ⇒	2	3	4
5. 高(低)尿酸血症	○はこちらへ ⇒	2	3	4
6. 血液の異常(貧血を含む)	○はこちらへ ⇒	2	3	4
7. 心電図異常あり	○はこちらへ ⇒	2	3	4
8. 高血圧境界領域	○はこちらへ ⇒	2	3	4
9. 高血圧	○はこちらへ ⇒	2	3	4
10. その他	○はこちらへ ⇒	2	3	4
総合判定		1. 異常認めず 2. 要指導 3. 要治療継続 4. 要医療		

受診日	令和 8 年 月 日
担当医師	Ⓜ

指導項目

A 1 2	B 1 2 3 4	C 1 2 3 4	D 1 2 3 4
E 1 2 3 4	F 1 2 3 4	G 1 2 3 4 5	H 1 2 3 4
I 1 2 3	J 1 2	K 1 2 3	L

(医療機関用)

〒		生年月日		年齢	
住所				歳	
フリガナ 氏名		性別	宛名番号		
様		行政区・世帯番号		自己負担金	受診番号
電話番号 ()		保険者番号		円	
		受診券整理番号		被保険者番号	

診査結果

検査項目		今回の結果	判定
A 尿検査	たんばく	- ± + ++ +++	1 2 3
	潜血	- ± + ++ +++	1 2 3
B 糖代謝	尿糖	- ± + ++ +++	1 2 3
	血糖	mg/dℓ	1 2 3
	ヘモグロビンA1c(NGSP)	%	1 2 3
C 肝機能	A S T (G O T)	IU/ℓ	1 2 3
	A L T (G P T)	IU/ℓ	1 2 3
	γ-G T (γ-G T P)	IU/ℓ	1 2 3
D 脂質	LDLコレステロール	mg/dℓ	1 2 3
	中性脂肪	mg/dℓ	1 2 3
	HDLコレステロール	mg/dℓ	1 2 3
E 腎機能	クレアチニン	mg/dℓ	1 2 3
F 尿酸		mg/dℓ	1 2 3
G 血液検査	赤血球	万/μℓ	1 2 3
	血色素量	g/dℓ	1 2 3
	ヘマトクリット値	%	1 2 3
	白血球	/μℓ	1 2 3
	血小板	万/μℓ	1 2 3
H 心電図	1. 洞性(頻脈、徐脈) 2. 期外収縮(上室、心室) 3. 脚ブロック(完全:右、左 不完全:右、左) 4. S T、T異常(軽、中、高) 5. 心房細動 6. 心筋梗塞(前、後、側、中隔、下) 7. 心室肥大(右、左) 8. 房室ブロック(1、2、3) 9. その他		1 2 3

眼底対象判定	対象 対象外	前年血糖	mg/dℓ
		前年HbA1c	%
	血圧 収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上 血糖 空腹時血糖値126mg/dℓ以上、ヘモグロビンA1cが6.5%(NGSP値)以上又は随時血糖値が126mg/dℓ以上		
I 眼底	K-W 所見 H(高張性) S(硬化性) S c o t t	群 度 度 期	1 2 3
検査条件	・食後()時間()分 ・空腹時(食後10時間以上)		
身長	cm	体重	kg
J BMI		腹囲	cm
K 血圧	~ mmHg		1 2 3 4 5
診察	視診 (所見ありなし)	触診 (所見ありなし)	
	聴診 (所見ありなし)	浮腫 (所見ありなし)	

疾病分類	判定			
	2. 要指導	3. 要治療継続	4. 要医療	
1. 腎尿路系疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
2. 糖尿病(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
3. 肝疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
4. 脂質異常症	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
5. 高(低)尿酸血症	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
6. 血液の異常(貧血を含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
7. 心電図異常あり	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
8. 高血圧境界領域	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
9. 高血圧	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
10. その他	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
総合判定	1. 異常認めず 2. 要指導 3. 要治療継続 4. 要医療			

受診日	令和 8 年 月 日
担当医師	Ⓜ

指導項目

A 1 2	B 1 2 3 4	C 1 2 3 4	D 1 2 3 4
E 1 2 3 4	F 1 2 3 4	G 1 2 3 4 5	H 1 2 3 4
I 1 2 3	J 1 2	K 1 2 3	L

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏 名 様		性別	宛名番号
行政区・世帯番号		自己負担金 円	受診番号
電話番号 ()	保険者番号	受診券整理番号	被保険者番号

	質 問 項 目	回 答
1	血圧を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
2	インスリン注射をしている、または血糖を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
4	現在、たばこを習慣的に吸っていますか (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。加熱式たばこや電子たばこを含む。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、または合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③いいえ(①②以外)
5	現在、気になる症状がある	①はい ②いいえ
6	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
7	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
8	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
9	医師から、貧血といわれたことがある	①はい ②いいえ
10	医師から、肝臓病(脂肪肝、慢性肝炎など)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
11	医師から、痛風(高尿酸血症含む)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	①はい ②いいえ
12	20歳の時の体重から10kg以上増加している	①はい ②いいえ
13	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上行っている	①はい ②いいえ
14	日常生活において、歩行または同等の身体活動を1日1時間以上行っている	①はい ②いいえ
15	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い	①はい ②いいえ
16	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか	①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
17	人と比較して食べる速度が速い	①速い ②ふつう ③遅い
18	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある	①はい ②いいえ
19	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
20	朝食を抜くことが週に3回以上ある	①はい ②いいえ
21	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	①毎日 ②週5～6日 ③週3～4日 ④週1～2日 ⑤月に1～3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
22	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1～2合未満 ③2～3合未満 ④3～5合未満 ⑤5合以上
23	睡眠で休養が十分とれている	①はい ②いいえ
24	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)
25	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか	①はい ②いいえ

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏名	性別	宛名番号	
	行政区・世帯番号	自己負担金	(年齢は統計処理のため令和9年4月1日現在としています)
電話番号 ()	保険者番号	受診券整理番号	被保険者番号

奥州市長 倉成 淳

市では、心臓病・脳卒中・糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化の予防のための健康診査を実施いたしますので、年に1度必ず受診しましょう。

- 1.実施期間** 令和8年6月1日(月)から令和8年8月31日(月)まで (強化月間)
*有効期限は令和8年12月31日までですが、なるべく上記の期間内に受けてください。
*秋から冬にかけては医療機関が混雑します。早めの受診にご協力をお願いします。

- 2.実施場所** この通知書と同封しました、「奥州市検診のおしらせ」の実施医療機関一覧を参照してください。

- 3.健診内容** 問診、身体計測(身長、体重等)、診察、血圧測定、血液検査、尿検査、心電図

4.注意事項

○受診当日は、マイナ保険証または資格確認書により、医療機関の窓口で健康保険資格の確認を受けてください。

※この通知書は発送時点の健康保険資格により作成しております。受診日の健康保険資格によっては健診区分が変更になる場合や、受診できない場合がありますので、必ず確認を受けてください。

○この通知書の4枚目の「質問票」を記入のうえ、受付をしてください。

○この用紙は複写式になっています。折り曲げたり汚したりしないでください。

○検査値に影響するため、健診前日はアルコールの摂取や激しい運動は控えてください。

○午前を受診される人は朝食を食べないで、午後の方は朝食を軽めに済ませ、健診までは水以外の飲食物をとらないで受診してください。

ただし、低血糖が心配される方は、検査時間がかかることも予想されるため、軽食を持参ください。

- 5.検査結果について** 受診者本人へ郵送いたします。郵送までは、受診日から概ね1か月半程度の期間を要します。

6.受診しない人について

※4枚目の「質問票」を記入のうえ、次の該当する理由に○印をつけて、居住する地域の担当部署(裏面9に記載)までお返しく下さい。

受けない理由	1 他の機会(職場の健診等)で受ける(受けた)
	※通院中の方はかかりつけ医に相談し、ぜひ健康診査を受けましょう。
	2 寝たきり・歩行困難など
	3 入院中(6か月未満・6か月以上)・施設入所中
	4 治療中(糖尿病 心臓病 脳卒中)
	5 長期不在
	6 今年は受診しない
7 その他()	

7.総合水沢病院、岩手県予防医学協会県南センター(金ヶ崎)で人間ドックを受ける人へ

○長寿健康診査部分を助成します。受診時に必ず本通知書を持参してください。

(ただし、令和8年6月1日から令和8年12月31日までの間に受ける方に限ります。)

8.個人情報保護について

○住所、氏名などの個人識別情報や健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

9.問い合わせ ⇒ この用紙の裏面をご覧ください

9.問い合わせ

〒023-8501 岩手県奥州市水沢大手町一丁目1番地

水沢:健康こども部健康増進課 健康づくり係 TEL(0197)34-2903

江刺:江刺総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-2523

前沢:前沢総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-0275

胆沢:胆沢総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)46-2977

衣川:衣川総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-2370

健康増進プラザ悠悠館

〒 住所		生年月日		年齢 歳	
フリガナ 氏名 様		性別		宛名番号	
行政区・世帯番号		自己負担金 円		受診番号	
電話番号 ()		保険者番号		受診券整理番号	
				被保険者番号	

診査結果

検査項目	今回の結果	判定
A 尿検査	たんぱく - ± + ++ +++	1 2 3
	潜血 - ± + ++ +++	1 2 3
B 糖代謝	尿糖 - ± + ++ +++	1 2 3
	血糖 mg/dℓ	1 2 3
	ヘモグロビンA1c(NGSP) %	1 2 3
C 肝機能	A S T (G O T) IU/ℓ	1 2 3
	A L T (G P T) IU/ℓ	1 2 3
	γ-G T (γ-G T P) IU/ℓ	1 2 3
D 脂質	LDLコレステロール mg/dℓ	1 2 3
	中性脂肪 mg/dℓ	1 2 3
	HDLコレステロール mg/dℓ	1 2 3
E 腎機能	クレアチニン mg/dℓ	1 2 3
F 尿酸		
G 血液検査	赤血球 万/μℓ	1 2 3
	血色素量 g/dℓ	1 2 3
	ヘマトクリット値 %	1 2 3
	白血球 /μℓ	1 2 3
	血小板 万/μℓ	1 2 3
H 心電図	1. 洞性(頸脈、徐脈)	1 2 3
	2. 期外収縮(上室、心室)	
	3. 脚ブロック(完全:右、左 不完全:右、左)	
	4. S T、T異常(軽、中、高)	
	5. 心房細動	
	6. 心筋梗塞(前、後、側、中隔、下)	
	7. 心室肥大(右、左)	
	8. 房室ブロック(1、2、3)	
	9. その他	

検査条件		・食後()時間()分 ・空腹時(食後10時間以上)	
身長	cm	体重	kg
J	BMI		
K 血圧	~ mmHg		1 2 3 4 5
診察	視診 (所見あり なし)	触診 (所見あり なし)	
	聴診 (所見あり なし)	浮腫 (所見あり なし)	

疾病分類	判定			
	2. 要指導	3. 要治療継続	4. 要医療	
1. 腎尿路系疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
2. 糖尿病(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
3. 肝疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
4. 脂質異常症	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
5. 高(低)尿酸血症	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
6. 血液の異常(貧血を含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
7. 心電図異常あり	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
8. 高血圧境界領域	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
9. 高血圧	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
10. その他	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
総合判定	1. 異常認めず 2. 要指導 3. 要治療継続 4. 要医療			

受診日	令和 8 年 月 日
担当医師	Ⓜ

指導項目

A	1 2	B	1 2 3 4	C	1 2 3 4	D	1 2 3 4
E	1 2 3 4	F	1 2 3 4	G	1 2 3 4 5	H	1 2 3 4
I		J	1 2	K	1 2 3	L	

〒 住所		生年月日		年齢 歳	
フリガナ 氏名 様		性別		宛名番号	
行政区・世帯番号		自己負担金 円		受診番号	
電話番号 ()		保険者番号		受診券整理番号	
				被保険者番号	

診 査 結 果

検査項目		今回の結果					判定		
A 尿検査	たんぱく	-	±	+	++	+++	1	2	3
	潜血	-	±	+	++	+++	1	2	3
B 糖代謝	尿糖	-	±	+	++	+++	1	2	3
	血糖	mg/dℓ					1	2	3
	ヘモグロビンA1c(NGSP)	%					1	2	3
C 肝機能	A S T (G O T)	IU/ℓ					1	2	3
	A L T (G P T)	IU/ℓ					1	2	3
	γ-G T (γ-G T P)	IU/ℓ					1	2	3
D 脂質	LDLコレステロール	mg/dℓ					1	2	3
	中性脂肪	mg/dℓ					1	2	3
	HDLコレステロール	mg/dℓ					1	2	3
E 腎機能	クレアチニン	mg/dℓ					1	2	3
F 尿酸									
G 血液検査	赤血球	万/μℓ					1	2	3
	血色素量	g/dℓ					1	2	3
	ヘマトクリット値	%					1	2	3
	白血球	/μℓ					1	2	3
	血小板	万/μℓ					1	2	3
H 心電図	1. 洞性(頸脈、徐脈)						1 2 3		
	2. 期外収縮(上室、心室)								
	3. 脚ブロック(完全:右、左 不完全:右、左)								
	4. S T、T異常(軽、中、高)								
	5. 心房細動								
	6. 心筋梗塞(前、後、側、中隔、下)								
	7. 心室肥大(右、左)								
	8. 房室ブロック(1、2、3)								
	9. その他								

検査条件		・食後()時間()分 ・空腹時(食後10時間以上)			
身長	cm	体重	kg		
J	BMI				
K 血圧	~ mmHg			1 2 3 4 5	
診察	視診	(所見あり なし)		触診	(所見あり なし)
	聴診	(所見あり なし)		浮腫	(所見あり なし)

疾病分類	判定			
	2. 要指導	3. 要治療継続	4. 要医療	
1. 腎尿路系疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
2. 糖尿病(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
3. 肝疾患(疑いを含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
4. 脂質異常症	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
5. 高(低)尿酸血症	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
6. 血液の異常(貧血を含む)	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
7. 心電図異常あり	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
8. 高血圧境界領域	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
9. 高血圧	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
10. その他	○はこちらへ ⇒ 2	3	4	
総合判定	1. 異常認めず 2. 要指導 3. 要治療継続 4. 要医療			

受診日	令和 8 年 月 日
担当医師	Ⓢ

指 導 項 目

A	1 2	B	1 2 3 4	C	1 2 3 4	D	1 2 3 4
E	1 2 3 4	F	1 2 3 4	G	1 2 3 4 5	H	1 2 3 4
I		J	1 2	K	1 2 3	L	

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏名 様		性別	宛名番号
行政区・世帯番号		自己負担金 円	受診番号
電話番号 ()	保険者番号	受診券整理番号	被保険者番号

質問項目		回答
1	血圧を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
2	インスリン注射をしている、または血糖を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか	①はい ②いいえ
4	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい
		②まあよい
		③ふつう
		④あまりよくない
		⑤よくない
5	毎日の生活に満足していますか	①満足
		②やや満足
		③やや不満
		④不満
6	1日3食きちんと食べていますか	①はい ②いいえ
7	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか *さきいか、たくあんなど	①はい ②いいえ
8	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい ②いいえ
9	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	①はい ②いいえ
10	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい ②いいえ
11	この1年間に転んだことがありますか	①はい ②いいえ
12	ウォーキング等の運動を週1回以上していますか	①はい ②いいえ
13	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	①はい ②いいえ
14	今日が何月何日かわからないときがありますか	①はい ②いいえ
15	あなたはたばこを吸いますか	①吸っている
		②吸っていない
		③やめた
16	週に1回以上は外出していますか	①はい ②いいえ
17	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい ②いいえ
18	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい ②いいえ

〒 住所	生年月日		年齢 歳
フリガナ 氏名	性別	宛名番号	年齢は統計処理のため令和9年4月1日現在としています。
	行政区・世帯番号	自己負担金	円
電話番号	保険者番号	被保険者番号	受診番号

奥州市長 倉成 淳

令和8年度に奥州市国民健康保険加入者で年度末年齢が45歳、55歳、65歳の方を対象に眼科健康診査を下記のとおり実施します。緑内障等の眼の病気は視覚障害を引き起こすだけでなく、症状が進行することで失明の危険性があることがわかっています。眼の健康チェックと眼の病気の早期発見・早期治療につなげるため、ぜひこの機会に受診されますよう通知いたします。

記

1 実施期間 令和8年6月1日（月）～ 令和8年12月31日（木）※ただし、休診日を除きます。

2 受診時の持ち物 本通知書、自己負担金、マイナ保険証または資格確認書

※受診当日は医療機関の窓口で、マイナ保険証または資格確認書により奥州市国民健康保険資格の確認を受けてください。（奥州市国民健康保険の資格を喪失している場合は受診できません。）

3 実施場所

通知書の実施医療機関一覧のうち、希望する医療機関で健診を受けてください。なお、健診は通常の診察時間内での検査となりますので、混雑状況によって受付の順番が前後したり、時間がかかる場合があります。

【実施医療機関一覧】

医療機関名		電話	受付時間	備考（日曜祝日以外の休診日等）
水沢	亀井眼科	23-5845	(月・木・金)午前9時～11時、午後2時～4時30分 (火)午前9時～11時 (水)午前9時～11時、午後2時～3時30分 (土)午前9時～11時30分	(火・土)午後休診
	鈴木眼科吉小路	22-2522	午前8時30分～10時30分	(月・木)休診 (火・水・金・土)午後休診
	わたなべ眼科医院	23-5557	(月・火・木・金)午前9時～10時30分、午後2時～4時 (水)午前9時～10時30分	(水)午後休診 (土)休診
前沢	前沢眼科クリニック	41-3888	午前9時～10時30分 午後2時～4時	(火・第3土)休診 (木・土)午後休診

4 検査に関する重要なお知らせ

眼科健診は目薬で両目を散瞳して検査を行います。

注意事項 ①点眼後は、30分待機していただきます。

②個人差はありますが、目薬の作用は5～6時間程度続きます。その間、字が見えにくくなったり、太陽の光がまぶしく感じます。車やバイク等の運転、読書や仕事に支障をきたす場合があります。

③目薬の作用が効いている間は、なるべく運転は避けてください。

5 留意事項

- この用紙は複写式(5枚)になっています。折り曲げたり汚したりしないでください。
- 問診（受検者記入欄）はもれなく記入のうえ、受診される日に医療機関受付へ提出してください。
- 受診結果については、受診された医療機関で説明しますので、必ず聞いてください。
- 現在、眼科的疾患で治療ならびに経過観察中の人は、健診を受けることができません。
- 精密検査になった方は、健診当日又は後日の検査となります。また、精密検査の費用につきましては、受診者の自己負担となります。

6 受診しない方について

2枚目の問診（太線内）をもれなく記入のうえ、受診しない理由を○で囲み下記問い合わせ先までお返しく下さい。

1. 通院治療中	2. 個人で受ける、受けた	3. 長期不在、入院中
4. 希望しない（理由）		

7 個人情報保護について

住所、氏名など個人識別情報や、健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

8 【問い合わせ先】

水沢：健康子ども部健康増進課	健康づくり係	Tel (0197) 34-2903
江刺：江刺総合支所健康福祉グループ	健康増進担当	Tel (0197) 34-2523
前沢：前沢総合支所市民福祉グループ	健康増進担当	Tel (0197) 34-0275
胆沢：胆沢総合支所健康福祉グループ	健康増進担当	Tel (0197) 46-2977 健康増進プラザ悠悠館
衣川：衣川総合支所市民福祉グループ	健康増進担当	Tel (0197) 34-2370

〒 住所	生年月日	年齢 歳	
フリガナ 氏名	性別	宛番号	年齢は統計処理のため令和9年4月1日現在としています。
	行政区・世帯番号	自己負担金 円	
電話番号	保険者番号	被保険者番号	受診番号

問診 ※受診者記入欄（今後の参考にしますので受診されない方もご記入願います。）

〔あてはまるところにチェックを付け、必要な事項を記入してください〕	
1 現在、眼の症状について気になることはありますか。	<input type="checkbox"/> 見えにくい（遠く 近く） <input type="checkbox"/> 視野が欠けたところがある <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> その他（ ）
2 症状はいつごろからですか。	年 月 ころから
3 過去に、眼の病気で通院したことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 、治療時期（期間））
4 現在、治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（病名 、治療開始時期 （病名 、治療開始時期）
5 家族（血縁関係）に緑内障にかかった人はいますか。	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる（続柄）
6 その他、眼の状態について気になることや聞きたいことはありますか。	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ ）

診査の記録

受診年月日	実施医療機関 （医師氏名）		
<input type="checkbox"/> 狭隅角のため散瞳できず	右 眼	左 眼	
検査内容及び結果	矯正視力	.	.
	屈折検査	1 正視 2 近視	1 正視 2 近視
	曲率検査	3 遠視 4 乱視	3 遠視 4 乱視
	眼圧検査	mmHg	mmHg
		1 正常範囲内 2 所見あり	1 正常範囲内 2 所見あり
精密眼底検査	1 正常範囲内 2 所見あり	1 正常範囲内 2 所見あり	
細隙灯顕微鏡検査（前眼部スリット）	1 正常範囲内 2 所見あり	1 正常範囲内 2 所見あり	

医師所見（所見ありのみ記載）

	右眼	左眼
眼底出血		
視神経乳頭陥凹拡大		
白内障		
黄斑部の異常		
角結膜疾患		
外眼部疾患		
その他の異常（下記）		

総合判定

1 異常なし	【医師のコメント】
2 要経過観察	
3 要精密検査	

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏名	様	性別	宛名番号
	行政区・世帯番号	自己負担金	円
電話番号	保険者番号	被保険者番号	受診番号

問診 ※受診者記入欄（今後の参考にしますので受診されない方もご記入願います。）

〔あてはまるところにチェックを付け、必要な事項を記入してください〕	
1	現在、眼の症状について気になることはありますか。 □見えにくい（遠く 近く） □視野が欠けたところがある □かすむ □その他（ ）
2	症状はいつごろからですか。 年 月ころから
3	過去に、眼の病気で通院したことはありますか。 □ない □ある（病名 、治療時期（期間） ）
4	現在、治療中の病気はありますか。 □ない □ある（病名 、治療開始時期（病名 、治療開始時期） ）
5	家族（血縁関係）に緑内障にかかった人はいますか。 □いない □いる（続柄 ）
6	その他、眼の状態について気になることや聞きたいことはありますか。 □ない □ある（ ）

診査の記録

受診年月日	実施医療機関 （医師氏名）		
□ 狭隅角のため散瞳できず		右 眼	左 眼
検査内容及び結果	矯正視力	.	.
	屈折検査	1 正視 2 近視	1 正視 2 近視
	曲率検査	3 遠視 4 乱視	3 遠視 4 乱視
	眼圧検査	mmHg	mmHg
		1 正常範囲内 2 所見あり	1 正常範囲内 2 所見あり
	精密眼底検査	1 正常範囲内 2 所見あり	1 正常範囲内 2 所見あり
	細隙灯顕微鏡検査（前眼部スリット）	1 正常範囲内 2 所見あり	1 正常範囲内 2 所見あり

医師所見（所見ありのみ記載）

	右眼	左眼
眼底出血		
視神経乳頭陥凹拡大		
白内障		
黄斑部の異常		
角結膜疾患		
外眼部疾患		
その他の異常（下記）		

総合判定

1	異常なし	【医師のコメント】
2	要経過観察	
3	要精密検査	

【本人用】

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏 名	様	性別	宛名番号
	行政区・世帯番号	自己負担金 円	年齢は統計処理のため令和 9 年 4 月 1 日現在としています。
電話番号	保険者番号	被保険者番号	受診番号

奥州市眼科健康診査受診者 各位

今回、受診されました奥州市眼科健康診査の結果について、お知らせします。

奥州市長 倉成 淳

健診年月日		医療機関名 (医師氏名)	
-------	--	-----------------	--

1 異常なし

2 要経過観察 []

3 要精密検査 []

● 異常なし、要経過観察の人は、今後も定期的に健診を受けてください。

● 要精密検査の人は、精密検査を受ける必要があります。

「奥州市眼科健康診査結果通知書【本人用】」及び「奥州市眼科健康診査精密検査結果票」を持参し受診してください。

なお、精密検査の費用につきましては、受診者の自己負担となります。

【精密検査実施医療機関→奥州市】

〒 住所	生年月日	年齢
フリガナ 氏 名	性別	宛名番号
様		年齢は統計処理のため令和 9 年 4 月 1 日現在としています。

精密検査実施医療機関 各位

市の眼科健康診査を受診した結果、別紙「奥州市眼科健康診査結果通知書」よりさらに詳しい検査または治療が必要と認められましたので、ご高診のほどよろしくお願い申し上げます。つきましては、大変恐れ入りますが、受診結果について下記事項をご記入のうえ、奥州市への提出をお願いいたします。

なお、精密検査の費用につきましては受診者の自己負担となります。

奥州市長 倉成 淳

健診年月日	医療機関名 (医師氏名)
-------	-----------------

精密検査結果

医療機関名
(医師氏名)

1 異常なし

2 経過観察が必要

病名(疑い含む)

3 治療が必要な眼科疾患あり

病名(疑い含む)

4 その他 (

貴院受診日 :

医療機関名 :

令和 8 年度

奥州市 前立腺がん検診通知書

〒 住所		生年月日	年齢
フリガナ 氏 名	性別	宛名番号	歳 (年齢は統計処理のため 令和 9 年 4 月 1 日現在 としています)
	様 行政区・世帯番号	自己負担金	
		円	

奥州市長 倉 成 淳

お申込みがありました前立腺がん検診を次のとおり実施しますので、受検されますよう通知します。

1 実施期間

令和 8 年 6 月 1 日 (月) ~ 令和 8 年 8 月 31 日 (月)

※ただし、7月17日(金)~20日(月)、8月7日(金)~16日(日)は実施期間から除くため、受検できません。

2 実施医療機関

「検診のおしらせ」に記載の実施医療機関一覧にある医療機関で受検できます。

3 対象者

令和 8 年度 (令和 9 年 4 月 1 日現在) において、**50歳から74歳までの男性**が対象です。

※ただし、前立腺に関する疾患で現在治療中、または経過観察中の人は受検できません。

4 検診内容

問診及び採血(前立腺特異抗原 P S A) 検査

※ P S A は、前立腺がんになると血液中に増加する物質であるため、P S A 値が高いほど前立腺がんが疑われます。ただし、P S A 値が高ければ必ずがんであるというわけではありません。逆に P S A 値が正常の場合でも前立腺がんが発生していないということにもならないので、あくまでも前立腺がんを発見するきっかけとなる一つの指標です。

5 検診結果

受検者本人に郵送します。受検日から郵送まで、1 か月 ~ 1 か月半程度の期間を要します。

※「要再検査」「要精密検査」と診断された場合は必ず検査を受けてください。なお、検査費用は保険診療(有料)となります。

6 注意事項

(1) この用紙は複写式になっていますので、折り曲げたり汚したりしないでください。

(2) 受検者記入欄(2枚目太枠内)を記入して、検診にご持参ください。

(3) 受検の際は、**マイナ保険証(健康保険証として利用登録されたマイナンバーカード)、資格確認書(交付されている方)**等のいずれかを提示して受付をしてください。

◆個人情報保護について◆

住所、氏名などの個人識別情報や健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

【問い合わせ先】

水沢：健康こども部	健康増進課	健康づくり係	TEL(0197)34-2903	
江刺：江刺総合支所	健康福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)34-2523	
前沢：前沢総合支所	市民福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)34-0275	
胆沢：胆沢総合支所	健康福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)46-2977	健康増進プラザ悠悠館
衣川：衣川総合支所	市民福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)34-2370	

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏名	性別	宛名番号	年齢は統計処理のため令和9年 4月1日現在としています。
	行政区・世帯番号	自己負担金 円	受診番号

奥州市長

令和8年度に20歳、30歳、35歳、40歳、50歳、60歳、70歳になる人を対象に歯科健康診査を下記のとおり実施します。

歯を失う原因は、むし歯や歯周病です。
特に歯周病は、歯を失う大きな原因となっており、糖尿病等全身の健康へ悪い影響を及ぼすこともわかってきています。
初期の歯周病は、痛みなどの自覚症状がほとんどなく、気づいた時にはすでに歯を保てない状態ということも少なくありません。早期発見、予防が大切です。
定期的にお口の中を診てもらうことでむし歯や歯周病だけでなく口腔がん等の病変をいち早く見つけることが出来ます。
まだ症状がない人やすでに歯を失われている人もぜひこの機会に受診されますよう通知いたします。

記

1 実施期間 令和8年6月1日（月）～令和8年12月30日（水）※ただし、休診日を除きます。

2 実施場所

この健診は予約が必要です。

通知書裏面の実施医療機関一覧のうち、希望する医療機関に直接電話で予約申込みをしてください。

予約の際は「成人歯科健診の申込み」とお話しください。

3 注意事項

(1) この用紙は複写式(4枚)になっています。

(2) 診査票(2枚目)はもれなく記入の上、受診される日に医療機関受付へ提出してください

(3) 受診結果については、受診された医療機関で説明しますので、必ず聞いてください。

4 受診しない人について

診査票(2枚目)を記入の上、受診しない理由を○で囲み下記問い合わせ先までお返しください。

1. 通院治療中	2. 個人で受ける、受けた	3. 職場で受ける、受けた
4. 長期不在、入院中	5. 希望しない(理由)	

◆ 個人情報保護について ◆

住所、氏名など個人識別情報や、健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

【問い合わせ先】

水沢：健康こども部健康増進課	健康づくり係	TEL (0197) 34-2903
江刺：江刺総合支所健康福祉グループ	健康増進担当	TEL (0197) 34-2523
前沢：前沢総合支所市民福祉グループ	健康増進担当	TEL (0197) 34-0275
胆沢：胆沢総合支所健康福祉グループ	健康増進担当	TEL (0197) 46-2977 健康増進プラザ悠悠館
衣川：衣川総合支所市民福祉グループ	健康増進担当	TEL (0197) 34-2370

令和 8 年度

奥州市 骨粗しょう症予防検診受検票

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏名 様	性別	宛番号	(年齢は統計処理のため 令和 9 年 4 月 1 日現在と しています)
	行政区・世帯番号	自己負担金 円	

奥州市長 倉 成 淳

市は、早期に骨量減少者を発見し、骨粗しょう症を予防することを目的に骨粗しょう症予防検診を実施します。
これまで骨粗しょう症予防検診を受診したことがない人は、この機会に受検することをお勧めします。

この通知は、令和 8 年度において、40歳以上70歳以下で5歳刻みの年齢に達する女性に送付しています。

記

1 実施期間

令和 8 年 6 月 1 日 (月) ~ 令和 8 年 8 月 31 日 (月)

2 実施医療機関

「検診のおしらせ」に記載の実施医療機関一覧にある医療機関で受検できます。

3 検診内容

問診及び骨量測定

4 検診結果

検診結果については、受検した医療機関で説明しますので、必ずご確認ください。

5 注意事項

- (1) この用紙は複写式になっていますので、折り曲げたり汚したりしないでください。
- (2) 受検票の受検者記入欄（2枚目太枠内）を記入して、検診にご持参ください。
- (3) 現在治療中、過去に治療した経過のある人は受検できません。担当医師にご相談ください。

◆個人情報保護について◆

住所、氏名などの個人識別情報や健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

【問い合わせ先】

水沢：健康こども部	健康増進課	健康づくり係	TEL(0197) 34-2903
江刺：江刺総合支所	健康福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197) 34-2523
前沢：前沢総合支所	市民福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197) 34-0275
胆沢：胆沢総合支所	健康福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197) 46-2977 健康増進プラザ悠悠館
衣川：衣川総合支所	市民福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197) 34-2370

〒 住所		生年月日		年齢 歳
フリガナ 氏名		性別	宛名番号	(年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在と しています)
行政区・世帯番号		自己負担金		受検番号
				円

受検者記入欄 (太枠内を記入してから受付に出してください。)

※ただし、現在治療中、または過去に治療した経過がある人は受検できません。

電話番号	-	-	身長	cm	体重	kg	利き手	右・左
1	過去に骨粗しょう症と言われたことがありますか。		いいえ	はい	治療中・治療済の人は、 ⇒検診を受けずに担当医師にご相談ください。 (経過観察中・放置)			
2	月経はありますか。	あ る	月経周期 (順調・不順)		ない	閉経 () 歳		
3	骨折したことがありますか。	ない	ある	原因は何ですか。 打撲・転倒・交通事故・その他 ()				
4	運動習慣はありますか。 体操・スポーツ・ウォーキング等	ない	ある	1回 () 分 週 () 回、月 () 回				
5	次の食品をどのくらいの頻度で食べていますか。							
	牛乳	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない			
	チーズ・ヨーグルト等の乳製品	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない			
	豆腐や大豆製品	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない			
	魚や小魚	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない			
	緑黄色野菜	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない			

<受検結果>

検診結果の記録 (医療機関が記入する欄)	受検年月日	年 月 日	医療機関名 担当医師名	印
検査装置	CXD・DIP・DCS-600・DTX-200・pDXA・超音波・QDR			
測定値	(mmAI、g/c m ² 、%)		体重	kg
総合判定結果	1 異常なし	あなたの骨量は正常範囲です。 骨量は年齢や生活様式により変化していきます。 今の骨量を維持するような生活習慣を続けていきましょう。		
	2 要指導	骨量が正常範囲よりやや低下しています。 食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。 健康相談等を積極的に利用し、経過をみていきましょう。		
	3 要医療	骨量が少なくなっています。 →		
	4 要精検	医療機関で精密検査を受けましょう。「受診確認票」を持参し、 治療が必要かどうか確認し、医師の指示にしたがってください。		
			<医師指示> ① 処置不要 ② 経過観察 ③ 治療を開始する必要があります。	

〒 住所		生年月日		年齢 歳
フリガナ 氏名 様		性別	宛番号	(年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在と しています)
行政区・世帯番号		自己負担金 円		受検番号

受検者記入欄 (太枠内を記入してから受付に出してください。)

※ただし、現在治療中、または過去に治療した経過がある人は受検できません。

電話番号 - -		身長 cm		体重 kg	利き手 右・左
1	過去に骨粗しょう症と言われたことがありますか。	いいえ	はい	治療中・治療済の人は、 ⇒検診を受けずに担当医師にご相談ください。 (経過観察中・放置)	
2	月経はありますか。	あ る	月経周期 (順調・不順)		な い 閉経 () 歳
3	骨折したことがありますか。	ない	ある	原因は何ですか。 打撲・転倒・交通事故・その他 ()	
4	運動習慣はありますか。 体操・スポーツ・ウォーキング等	ない	ある	1回 () 分 週 () 回、月 () 回	
5	次の食品をどのくらいの頻度で食べていますか。				
	牛乳	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない
	チーズ・ヨーグルト等の乳製品	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない
	豆腐や大豆製品	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない
	魚や小魚	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない
	緑黄色野菜	ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない

<受検結果>

検診結果の記録 (医療機関が記入する欄)		受検年月日	年 月 日	医療機関名 担当医師名	印
検査装置	CXD・DIP・DCS-600・DTX-200・pDXA・超音波・QDR				
測定値	(mmAI、g/cm ² 、%)			体 重	kg
総合判定結果	1 異常なし	あなたの骨量は正常範囲です。 骨量は年齢や生活様式により変化していきます。 今の骨量を維持するような生活習慣を続けていきましょう。			
	2 要 指 導	骨量が正常範囲よりやや低下しています。 食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。 健康相談等を積極的に利用し、経過をみていきましょう。			<医師指示> ① 処置不要 ② 経過観察 ③ 治療を開始する 必要があります。
	3 要 医 療	骨量が少なくなっています。			
	4 要 精 検	医療機関で精密検査を受けましょう。「受診確認票」を持参し、 治療が必要かどうか確認し、医師の指示にしたがってください。			

令和8年度

奥州市 骨粗しょう症予防検診受検票

(本人用)

〒 住所		生年月日		年齢 歳
フリガナ 氏名		性別	宛名番号	(年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在と しています)
様		行政区・世帯番号		自己負担金 円
				受検番号

受検者記入欄 (太枠内を記入してから受付に出してください。)

※ただし、現在治療中、または過去に治療した経過がある人は受検できません。

電話番号	-	-	身長	cm	体重	kg	利き手	右・左
1	過去に骨粗しょう症と言われたことがありますか。		いいえ	はい	治療中・治療済の人は、 ⇒検診を受けずに担当医師にご相談ください。 (経過観察中・放置)			
2	月経はありますか。	ある	月経周期 (順調・不順)		ない	閉経 () 歳		
3	骨折したことがありますか。		ない	ある	原因は何ですか。 打撲・転倒・交通事故・その他 ()			
4	運動習慣はありますか。 体操・スポーツ・ウォーキング等		ない	ある	1回 () 分 週 () 回、月 () 回			
5	次の食品をどのくらいの頻度で食べていますか。							
	牛乳		ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない		
	チーズ・ヨーグルト等の乳製品		ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない		
	豆腐や大豆製品		ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない		
	魚や小魚		ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない		
緑黄色野菜		ア 毎日	イ 週3~6回	ウ 週1~2回	エ ほとんどとらない			

<受検結果>

検診結果の記録 (医療機関が記入する欄)		受検年月日	年 月 日	医療機関名 担当医師名	印
検査装置	CXD ・ DIP ・ DCS-600 ・ DTX-200 ・ pDXA ・ 超音波 ・ QDR				
測定値	(mmAI, g/c m ² , %)			体 重	kg
総合判定結果	1 異常なし	あなたの骨量は正常範囲です。 骨量は年齢や生活様式により変化していきます。 今の骨量を維持するような生活習慣を続けていきましょう。			
	2 要指導	骨量が正常範囲よりやや低下しています。 食事や運動などの生活習慣の改善が必要です。 健康相談等を積極的に利用し、経過をみていきましょう。			<医師指示> ① 処置不要 ② 経過観察 ③ 治療を開始する 必要があります。
	3 要医療	骨量が少なくなっています。			
	4 要精検	医療機関で精密検査を受けましょう。「受診確認票」を持参し、 治療が必要かどうか確認し、医師の指示にしたがってください。			

検査結果判定区分:原発性骨粗鬆症の診断基準(日本骨代謝学会2012年度改訂版)

検査法	検査部位・専用検査装置・単位	(異常なし) 正常 80%以上	(要指導) 骨量減少 70%以上 80%未満	(要精検) *一部「要医療」 骨粗鬆症 70%未満
R A 法	第2中手骨(CXD、mm AI)	2.193 以上	1.919~2.192	1.919 未満
R A 法	第2中手骨(DIP、mm AI)	2.291 以上	2.005~2.290	2.005 未満
DXA 法	橈骨(DCS-600、g/cm ²)	0.517 以上	0.452~0.516	0.452 未満
DXA 法	橈骨(DTX-200、g/cm ²)	0.381 以上	0.333~0.380	0.333 未満
DXA 法	橈骨(pDXA、g/cm ²)	0.602 以上	0.527~0.601	0.527 未満
超音波	踵骨(Achilles)	78.8 以上	70.1~78.7	70.1 未満
QDR 法	腰椎(QDR、g/cm ²)	0.809 以上	0.708~0.808	0.708 未満

令和8年度

奥州市 肝炎ウイルス検診通知書

〒 住 所	生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏 名	性別	宛番号
様 行政区・世帯番号	自己負担金 円	(年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在と しています)

奥州市長 倉 成 淳

市は、肝炎ウイルスの感染が判明した人が必要に応じて保健指導等を受け、医療機関を受診することにより、肝炎による健康障害の回避、症状の軽減、または進行の遅延を図ることを目的として、健康増進事業に基づき肝炎ウイルス検診を実施します。市の検診及び医療機関等において、今までに肝炎ウイルス検査を受検したことがない人は、この機会に受検することをお勧めします。

1 実施期間

令和8年6月1日(月)～令和8年8月31日(月)

※ただし、7月17日(金)～20日(月)、8月7日(金)～16日(日)は実施期間から除くため、
受検できません。

2 実施医療機関

「検診のおしらせ」にある実施医療機関一覧の医療機関で受検できます。

※受検の際は2,3枚目の「受検者記入欄」を記入のうえ、受付をしてください。

3 対象者

令和8年度に40歳・45歳・50歳・55歳・60歳・65歳・70歳になる人(通知対象者)及び41歳以上で、過去に一度も肝炎ウイルス検査を市及び医療機関等で受けたことがなく、検診を希望する人が対象です。なお、問診によっては受検できない場合があります。

受
検
で
き
な
い
場
合

- ※今までに肝炎ウイルス(B型・C型)検診を受けたことがある人
(ただし、どちらか片方のみ検査を受けたことがある場合、または医師に検査が必要と判断された場合は受検可能)
- ※B型・C型肝炎の治療を受けている人
- ※市の検診以外で肝炎ウイルス検診を受ける人
- ※問診項目4～8の回答が「はい」に該当する(ただし、4のみ「はい」、6のみ「はい」の場合は受検可能)
- ※検査を希望しない人

※受検できない場合に該当する人で今後通知書が不要な場合は、下記問い合わせ先までご連絡ください。

4 検査内容

血液検査(B型・C型肝炎ウイルス検査)を行います。

5 検査結果

受検者本人に郵送します。受検日から郵送まで、1か月～1か月半程度の期間を要します。

6 注意事項

- (1) この用紙は複写式になっていますので、折り曲げたり汚したりしないでください。
- (2) 受検者記入欄(2枚目太枠内)を記入して、検診にご持参ください。

◆個人情報保護について◆

住所、氏名などの個人識別情報や健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

【問い合わせ先】

水沢：健康子ども部	健康増進課	健康づくり係	TEL(0197)34-2903
江刺：江刺総合支所	健康福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)34-2523
前沢：前沢総合支所	市民福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)34-0275
胆沢：胆沢総合支所	健康福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)46-2977
衣川：衣川総合支所	市民福祉グループ	健康増進担当	TEL(0197)34-2370

健康増進プラザ悠悠館

(市提出用)

〒 住 所	生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏 名	性別	宛名番号
様 行政区・世帯番号	自己負担金	受検番号
	円	

受検者記入欄 (太枠内を記入してから受付に出してください。)

	問 診 項 目	記 入 欄
		電話番号
		—
1	肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。	はい (年頃) いいえ
2	広範な外科的処置 (大きな手術など) を受けたことがありますか。 「はい」と答えた人に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい (年頃) いいえ └─▶ はい いいえ
3	(女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。 「はい」と答えた人に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい (年頃) いいえ └─▶ はい いいえ
4	これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	はい (年頃) いいえ わからない
5	現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃) いいえ わからない
6	これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	はい (年頃) いいえ わからない
7	現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃) いいえ わからない
8	他に肝炎ウイルス検診を受ける予定がありますか。 <small>(医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。)</small>	はい いいえ
◇肝炎ウイルス検診の目的等について理解したうえで、この検診を希望しますか。 希望する ・ 希望しない 氏名 _____ (自署してください) 〔自署できない場合〕 ・ 代筆者氏名 () ・ 続 柄 ()		

(医療機関記入欄)

受検年月日	令和 8 年 月 日	医療機関名	
-------	------------	-------	--

(医療機関用)

〒 住 所	生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏 名 様	性別	宛名番号 (年齢は統計処理のため 令和 9 年 4 月 1 日現在と しています)
行政区・世帯番号	自己負担金 円	受検番号

受検者記入欄 (太枠内を記入してから受付に出してください。)

	問 診 項 目	記 入 欄
		電話番号 —
1	肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。	はい (年頃) いいえ
2	広範な外科的処置 (大きな手術など) を受けたことがありますか。 「はい」と答えた人に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい (年頃) いいえ ↓ はい いいえ
3	(女性のみ) 妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。 「はい」と答えた人に伺います。 定期的に肝機能検査を受けていますか。	はい (年頃) いいえ ↓ はい いいえ
4	これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	はい (年頃) いいえ わからない
5	現在または過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃) いいえ わからない
6	これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。	はい (年頃) いいえ わからない
7	現在または過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。	はい (年頃) いいえ わからない
8	他に肝炎ウイルス検診を受ける予定がありますか。 (医療保険各法その他の法令等に基づく保健事業等のサービスを受ける際に、合わせて肝炎ウイルス検診に相当する検診を受けることを予定していますか。)	はい いいえ
◇肝炎ウイルス検診の目的等について理解したうえで、この検診を希望しますか。 希望する ・ 希望しない 氏 名 _____ (自署してください) 〔自署できない場合〕 ・ 代筆者氏名 () ・ 続 柄 ()		

(医療機関記入欄)

受検年月日	令和 8 年 月 日	医療機関名	
-------	------------	-------	--

〒 住所		生年月日		年齢 歳
フリガナ 氏名		性別	宛名番号	年齢は統計処理のため 令和8年4月1日現在として います。
様		行政区・世帯番号	自己負担金	円
検診指定期間				

↑この期間に受検できるよう事前に予約してください。

奥州市長 倉成 淳

乳がんを早期に発見し、早期の治療を図ることを目的に乳がん検診を実施します。また、今年度初めて乳がん検診の対象となる40歳の方は無料で検診を受けることができますので、この機会に受検することをお勧めします。

なお、混雑を避けるため受検期間を指定しておりますが、指定期間中に受検できない人は下記の医療機関に問い合わせのうえ、受検してください。

- 1 検診実施期間 **令和8年6月1日（月）～12月26日（土）**
※令和8年10月31日までが強化月間です。 できるだけ10月31日までに受検してください。

2 検診実施医療機関及び実施日

医療機関名・電話番号	受付時間		実施曜日 ※祝日は休診						
			月	火	水	木	金	土	日
竹花乳腺クリニック TEL：24-7000	完全予約制		○	×	○	○	○	午前のみ 11時30分 まで	×
	午前9時～11時	午後1時30分～4時							

○：午前、午後どちらも実施

- 3 検診内容及び結果通知 問診、マンモグラフィ検査
 検診時間は、約30分間です。
 結果通知は、医療機関から受検者住所に郵送します。

4 注意事項

- この用紙は複写式になっていますので、折り曲げたり汚したりしないでください。
- 受検者記入欄（2枚目太線内）をボールペンで記入の上、受付に出してください。3枚目まで複写になります。
- 前胸部にペースメーカー、CVポート、シャントチューブなどの医療器具を埋め込んでいる人、妊娠中または妊娠の可能性のある人、豊胸術（胸を大きくする手術）を受けたことのある人は受検できません。
- 持続型自己血糖測定器（リブレ等）を装着したままでの受検はできません。（ただし、検査前にご自身で取り外すことができれば受検可能です）
- 乳がん検診受検前に胸部や脇下への制汗剤、ボディパウダー等の使用はしないでください。
- 髪の長い人はゴム等を持参し、後ろに束ねてください。
- 前開きのシャツ等、脱ぎやすい服装でお越しください。ワンピース等は避けてください。

5 個人情報について

住所、氏名など個人識別情報や、健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

【問い合わせ先】

水沢：健康こども部 健康増進課 健康づくり係 TEL (0197) 34-2903
 江刺：江刺総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 TEL (0197) 34-2523
 前沢：前沢総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 TEL (0197) 34-0275
 胆沢：胆沢総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 TEL (0197) 46-2977 健康増進プラザ悠悠館
 衣川：衣川総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 TEL (0197) 34-2370

〒 住所		生年月日		年齢 歳	
フリガナ 氏名		性別		宛名番号	
行政区・世帯番号		自己負担金 円		年齢は統計処理のため令和8年 4月1日現在としています。 受検番号	
検診指定期間					

受検者記入欄 (太線内を記入してから受付に出して下さい。)

連絡先	自宅電話	—		携帯電話	—	
1	前胸部にペースメーカー、CVポート、シャントチューブなどの医療器具を埋め込んでいる	ない	ある	左の項目に該当する人は受検できません。		
	現在妊娠中、妊娠している可能性がある	ない	ある			
	豊胸術(胸を大きくする手術)を受けたことがある	ない	ある			
2	月経について	閉経した	月経がある → 最近の月経(年 月 日から)			
3	出産等について	出産歴(回) 授乳歴(あり・なし・授乳中)				
4	乳房の病気で受診をしたことがありますか。 (現在、治療中または通院中の人は受診できません)	ない	ある	右・左	乳がん(温存・全摘)	歳
				右・左	乳腺症・のう胞・繊維線種・その他()	歳
5	右の項目に該当する乳房の変化はありますか。 また、それはいつからですか。	ない	ある	いつから		右 どの部分ですか 左
				乳腺のしこり・痛み		
				乳頭からの分泌(色)		
				皮膚変化(えくぼ・ひきつれ・発赤)		
いぼ・ほくろ(ある場合は位置を記入)						
6	あなたの血縁で乳がんの人はいますか。	いない	いる	母・姉妹・娘・祖母・おば・男性()		
7	あなたまたは血縁で卵巣がんの人はいますか。	いない	いる	本人・母・姉妹・娘・祖母・おば		
8	過去3年以内に乳がん検診を受けたことがありますか。	ない	ある	1年前	2年前	3年前
前回は[異常なし・精密検査(結果:)]						

受検月日	令和 7年 月 日	医療機関名 担当医師名
------	-----------	----------------

【一次 マンモグラフィ所見】										【二次 マンモグラフィ所見】											
右										左	右										左
<input type="checkbox"/> 腫瘍	形状	辺縁	濃度	<input type="checkbox"/> 石灰化	形態	分布	<input type="checkbox"/> FAD	<input type="checkbox"/> 構築の乱れ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 腫瘍	形状	辺縁	濃度	<input type="checkbox"/> 石灰化	形態	分布	<input type="checkbox"/> FAD	<input type="checkbox"/> 構築の乱れ	<input type="checkbox"/>		
I. 脂肪性 II. 乳腺散在 III. 不均一高濃度 IV. 極めて高濃度										I. 脂肪性 II. 乳腺散在 III. 不均一高濃度 IV. 極めて高濃度											
判定	右	1	2	3	4	5	左	1	2	3	4	5	精密	要	不	医師					

判定	右	1	2	3	4	5	右	1	2	3	4	5	最終判定	1	2	3	4	5	総合判定	要精査	異常なし	医師
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	---	---	---	---	------	-----	------	----

・検査に伴う偶発症の有無(入院加療を伴うもの)

(a. なし b. あり) → 内容 ()

予後 (生存・死亡)

〒 住所		生年月日		年齢 歳	
フリガナ 氏名		性別		宛番号	
行政区・世帯番号		自己負担金 円		年齢は統計処理のため令和8年 4月1日現在としています。 受検番号	
検診指定期間					

受検者記入欄 (太線内を記入してから受付に出して下さい。)

連絡先	自宅電話	—		携帯電話	—		—			
1	前胸部にペースメーカー、CVポート、シャントチューブなどの医療器具を埋め込んでいる	ない	ある	左の項目に該当する人は受検できません。						
	現在妊娠中、妊娠している可能性がある	ない	ある							
	豊胸術(胸を大きくする手術)を受けたことがある	ない	ある							
2	月経について			閉経した	月経がある → 最近の月経(年 月 日から)					
3	出産等について			出産歴(回) 授乳歴(あり・なし・授乳中)						
4	乳房の病気で受診をしたことがありますか。 (現在、治療中または通院中の人は受診できません)			ない	ある	右・左	乳がん(温存・全摘)		歳	
						右・左	乳腺症・のう胞・繊維線種・その他()		歳	
5	右の項目に該当する乳房の変化はありますか。また、それはいつからですか。	ない	ある	いつから		右 どの部分ですか 左				
				乳腺のしこり・痛み						
				乳頭からの分泌(色)						
				皮膚変化(えくぼ・ひきつれ・発赤)						
いぼ・ほくろ(ある場合は位置を記入)										
6	あなたの血縁で乳がんの人はいますか。	いない	いる	母・姉妹・娘・祖母・おば・男性()						
7	あなたまたは血縁で卵巣がんの人はいますか。	いない	いる	本人・母・姉妹・娘・祖母・おば						
8	過去3年以内に乳がん検診を受けたことがありますか。	ない	ある	1年前	2年前	3年前	前回は[異常なし・精密検査(結果:)]			

受検月日	令和 8 年 月 日	医療機関名 担当医師名
------	------------	----------------

【一次 マンモグラフィ所見】											【二次 マンモグラフィ所見】																						
右					左					右					左																		
<input type="checkbox"/> 腫瘍 形状 _____ 辺縁 _____ 濃度 _____ <input type="checkbox"/> 石灰化 形態 _____ 分布 _____ <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/> 腫瘍 形状 _____ 辺縁 _____ 濃度 _____ <input type="checkbox"/> 石灰化 形態 _____ 分布 _____ <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/> 腫瘍 形状 _____ 辺縁 _____ 濃度 _____ <input type="checkbox"/> 石灰化 形態 _____ 分布 _____ <input type="checkbox"/> FAD <input type="checkbox"/> 構築の乱れ <input type="checkbox"/>													
I. 脂肪性 II. 乳腺散在 III. 不均一高濃度 IV. 極めて高濃度											I. 脂肪性 II. 乳腺散在 III. 不均一高濃度 IV. 極めて高濃度																						
判定	右	1	2	3	4	5	左	1	2	3	4	5	精密	要	不	医師	判定	右	1	2	3	4	5	左	1	2	3	4	5	精密	要	不	医師

判定	右	1	2	3	4	5	右	1	2	3	4	5	最終判定	1	2	3	4	5	総合判定	要精査	異常なし	医師
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	---	---	---	---	------	-----	------	----

・検査に伴う偶発症の有無(入院加療を伴うもの)

(a. なし b. あり) → 内容 (

) 予後 (生存・死亡)

〒 住所	生年月日	年齢 歳	
フリガナ 氏 名	性別	宛名番号	年齢は統計処理のため 令和 8 年 4 月 1 日現在として います。
	行政区・世帯番号	自己負担金 円	受検番号
検診指定期間			

奥州市長 倉 成 淳

先に受検されました乳がん検診の結果について、お知らせします。

1. 異常なし

今回の検診では異常が認められませんでした。今後も定期的に検診を受けてください。

気になる症状がある場合は、医療機関を受診してください。

2. 要精密検査

精密検査を受ける必要があります。別紙通知により受診してください。

受検年月日	令和 8 年 月 日	医療機関名 担当医師名	
-------	------------	----------------	--

普段から乳房の状態を意識する生活習慣を！

～ご自身の乳房の状態に日頃から関心を持って生活することで、乳がんの早期発見につながります～

1. 自分の乳房の状態を知る

日常的に自分の乳房を見て、触って、確認してみましょう。
入浴の際に石鹸をつけて撫で洗うのもいいでしょう。



2. 乳房の変化に気をつける

✓乳房のしこり ✓乳房の皮膚のくぼみやひきつれ ✓乳頭からの分泌物 ✓乳頭や乳輪のびらん

3. 変化に気づいたらすぐ医師に相談する

次の検診を待たずに、すぐに医療機関を受診しましょう。

4. 2年に1回定期的に乳がん検診を受ける

乳房に変化がないときは定期的に検診を。要精密検査の結果を受け取ったときには、必ず受診しましょう。

検診実施医療機関位置図



竹花乳腺クリニック
住所：奥州市水沢山崎町8-1

令和8年度

奥州市 子宮がん検診通知書

〒 住所		生年月日	年齢 歳
フリガナ 氏名 様		性別	宛名番号
行政区・世帯番号		自己負担金 円	年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在として います。
検診指定期間			

奥州市長 倉成 淳

子宮頸がんを早期に発見し、早期の治療を図ることを目的に子宮がん検診を実施しています。また、今年度初めて子宮がん検診の対象となる20歳の方は無料で検診を受けることができますので、この機会に受検することをお勧めします。

なお、混雑を避けるため受検期間を指定しておりますが、指定期間中に受検できない人は下記の医療機関に問い合わせのうえ、受検してください。

1 検診実施期間 **令和8年6月1日(月)～令和9年2月28日(日)**

※令和8年10月31日までが強化月間です。できるだけ10月31日までに受検してください。

2 検診実施医療機関及び実施日

医療機関名・電話番号	予約	受付時間		実施曜日 ※祝日は休診						
				月	火	水	木	金	土	日
水沢 小見レディースクリニック TEL:24-6657 ※医療機関ホームページからも予約可 平間産婦人科 TEL:24-6601 レディースクリニック清水医院 TEL:24-6647	○	午前8時30分 ～11時30分	午後2時 ～5時30分	○	○	○	午前のみ	○	午前のみ	×
		午前9時 ～11時30分	午後2時～5時	○	○	午前のみ	○	○	午前のみ	×
		午前8時30分 ～12時	午後2時 ～5時45分	○	○	○	×	○	○ 午後1時まで	×
江刺 いとうファミリークリニック TEL:35-0035 産婦人科おいなお医院 Tel:34-3033	○	午前9時～12時	午後2時～6時	○	○	○	○	○	○ 午後1時まで	×
		午前9時 ～11時30分	午後2時 ～4時30分	○	○	○	×	○	午前のみ	×
胆沢 見分森・丸田クリニック TEL:24-6546		午前9時 ～11時30分	午後2時 ～5時15分	○	○	○	×	○	午前のみ	×

○：午前、午後どちらも実施

3 検診内容及び結果通知 問診、視診、内診、子宮頸部細胞診

結果通知は、医療機関から受検者住所地に郵送します

4 注意事項

- (1) この用紙は複写式になっていますので、折り曲げたり汚したりしないでください。
- (2) 受検者記入欄（2枚目太線内）をボールペンで記入のうえ、受付に出してください。3枚目まで複写になります。
- (3) 生理中の人は月経終了後に受検してください。
- (4) 妊娠中の人は妊婦健診にて受検してください。
- (5) 胃がん検診（バリウム検査）を受けた当日及び翌日は受検できません。
- (6) 検診当日はスカートなど脱ぎ着しやすい服装で受検してください。
また、細胞を採る際に多少出血する場合がありますので、念のためナプキンをご用意ください。
- (7) 血液疾患で治療中の人や血液を固まりにくくする薬を服用している方は、問診時にお申し出ください。

5 個人情報について

住所、氏名など個人識別情報や、健診の結果データは目的外に使用したり第三者に知らせることはありません。

【問い合わせ先】

水沢：健康子ども部 健康増進課 健康づくり係 TEL(0197)34-2903
 江刺：江刺総合支所 健康福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-2523
 前沢：前沢総合支所 市民福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-0275
 胆沢：胆沢総合支所 健康福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)46-2977 健康増進プラザ悠悠館
 衣川：衣川総合支所 市民福祉グループ 健康増進担当 TEL(0197)34-2370

〒 住所		生年月日		年齢 歳	
フリガナ 氏名		性別		宛名番号	
様		行政区・世帯番号		自己負担金 円	
検診指定期間				年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在として います 受検番号	

受検者記入欄 (太線内を記入してから受付に出して下さい。)

連絡先		自宅電話		携帯電話	
1	今までに子宮がん検診を受けたことがありますか。	ない	ある	前回の検診… (昨年・2年前・3年前・4年以上受けていない) 前回の検診結果… (異常なし・再検査・HPV検査・精密検査) → 検査結果は _____	
2	産婦人科の病気をしたことがありますか。	ない	ある	1. 子宮筋腫 2. 卵巣のう腫 3. 子宮内膜症 4. 頸管ポリープ 5. 卵巣腫瘍 6. 子宮がん 7. その他 () → そのとき手術はありましたか。… (ない・ある)	
3	6か月以内に不正出血はありましたか。(茶褐色・ピンクのおりものを含む)	ない	ある	()月頃に()日間 量は…(多量・やや多い・少量)	
4	おりものはありますか。	ない	ある	量は…(多量・普通・少量) 色は…(無色・白色・黄色)	
5	月経はありますか。	ない	閉経	歳	ある 最近の月経()年()月()日より()日間 月経中 月経周期…(順調・不順)
6	既婚ですか、未婚ですか。	既婚・未婚			
7	妊娠・出産について。	妊娠回数()回 分娩回数()回 最終の出産()歳			
8	最近、ピル・ホルモン剤を使用したことがありますか。	ない	ある	使用したことがあるもの…(ピル・ホルモン剤) 使用期間…()歳から()歳まで 使用中	
9	現在、リングを使用していますか。	使用していない・使用している			

受検年月日	令和 年 月 日	医療機関名 担当医師名
-------	----------	----------------

①医師の診察による所見 (臨床所見) 1. 異常なし 2. 外陰炎 3. 膣炎 4. 頸管炎 5. 膣部びらん 6. 頸管ポリープ 7. 子宮内膜症 8. 子宮筋腫 9. 卵巣のう腫 10. その他 ()	【医師の診察による所見への指示】 1. 経過観察 (1) ()か月後に受診してください (2) 治療の必要はありませんが、自覚症状等、気になるときには受診をお勧めします。 2. 要医療 (要精密・要治療) 詳しい検査又は治療が必要です。医療機関で早めに診察を受けてください。受診している人は、主治医の指示に従ってください。
---	---

②頸部細胞診判定 1. NILM(I、II) 2. ASC-US(II-IIIa) 3. ASC-H(IIIa-IIIb) 4. LSIL(IIIa) 5. HSIL(IIIa、IIIb、IV) 6. SCC(V) 7. AGC(III) 8. AIS(IV) 9. AdenoCa(V) 10. Other malig(V) 11. 不適正	【頸部細胞診判定結果の指示】 1. 異常なし 2. HPV検査 3. 要精密検査 4. 再検査(再検査の時期:)か月後 1. 来年検診	【特記所見】 1. トリコモナス 2. カンジタ 3. ヘルペス 4. その他 ()
--	---	---

〒 住所		生年月日		年齢 歳	
フリガナ 氏名		性別	宛名番号		年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在として います。
様		行政区・世帯番号		自己負担金 円	受検番号
検診指定期間					

受検者記入欄 (太線内を記入してから受付に出して下さい。)

連絡先	自宅電話		携帯電話			
1	今までに子宮がん検診を受けたことがありますか。		ない	ある	前回の検診… (昨年 ・ 2年前 ・ 3年前 ・ 4年以上受けていない) 前回の検診結果… (異常なし ・ 再検査 ・ HPV検査 ・ 精密検査) → 検査結果は _____	
2	産婦人科の病気をしたことがありますか。		ない	ある	1. 子宮筋腫 2. 卵巣のう腫 3. 子宮内膜症 4. 頸管ポリープ 5. 卵巣腫瘍 6. 子宮がん 7. その他 () → そのとき手術はありましたか。… (ない ・ ある)	
3	6か月以内に不正出血はありましたか。(茶褐色・ピンクのおりものを含む)		ない	ある	() 月頃に () 日間 量は… (多量 ・ やや多い ・ 少量)	
4	おりものはありますか		ない	ある	量は… (多量 ・ 普通 ・ 少量) 色は… (無色 ・ 白色 ・ 黄色)	
5	月経はありますか	ない	閉経	歳	ある	最近の月経 () 年 () 月 () 日より () 日間 月経中 月経周期… (順調 ・ 不順)
6	既婚ですか、未婚ですか。		既婚 ・ 未婚			
7	妊娠・出産について。		妊娠回数 () 回 分娩回数 () 回 最終の出産 () 歳			
8	最近、ピル・ホルモン剤を使用したことがありますか。		ない	ある	使用したことがあるもの… (ピル・ホルモン剤) 使用期間… () 歳から () 歳まで 使用中	
9	現在、リングを使用していますか		使用していない ・ 使用している			

受検月日	令和	年	月	日	医療機関名 担当医師名
------	----	---	---	---	----------------

①医師の診察による所見 (臨床所見)	【医師の診察による所見への指示】
1. 異常なし	1. 経過観察
2. 外陰炎	(1) () か月後に受診してください
3. 膣炎	(2) 治療の必要はありませんが、自覚症状等、気になるときには受診をお勧めします。
4. 頸管炎	2. 要医療 (要精密・要治療)
5. 膣部びらん	詳しい検査又は治療が必要です。医療機関で早めに診察を受けてください。受診している人は、主治医の指示に従ってください。
6. 頸管ポリープ ()	
7. 子宮内膜症	
8. 子宮筋腫	
9. 卵巣のう腫	
10. その他	
②頸部細胞診判定	【頸部細胞診判定結果の指示】
1. NILM (I、II)	1. 異常なし
2. ASC-US (II-IIIa)	2. HPV検査
3. ASC-H (IIIa-IIIb)	3. 要精密検査
4. LSIL (IIIa)	4. 再検査 (再検査の時期:) か月後)
5. HSIL (IIIa、IIIb、IV)	1. 来年検診
6. SCC (V)	
7. AGC (III)	
8. AIS (IV)	
9. AdenoCa (V)	
10. Other malig (V)	
11. 不適正	
	【特記所見】
	1. トリコモナス
	2. カンジタ
	3. ヘルペス
	4. その他
	()

〒 住所		生年月日		年齢 歳
ツガナ 氏名 様		性別	宛名番号	年齢は統計処理のため 令和9年4月1日現在として います。
行政区・世帯番号		自己負担金 円		受検番号
検診指定期間				

子宮がん検診は ①「医師の診察による所見」、②「頸部細胞診判定」の2つの結果が出されます。

① 医師の診察による所見は下表のとおりでしたのでお知らせします。

経過観察の(1)に○がついている人は、

指示された時期に医療機関を受診してください。

経過観察の(2)に○がついている人は、

所見はありますが、特に治療等をする必要のない人です。

ただし、気になる症状がある場合は医療機関での受診をお勧めします。

要医療に○がついている人は、

その項目について、詳しい検査または治療をお勧めします。

医療機関で早めに診察を受けてください。

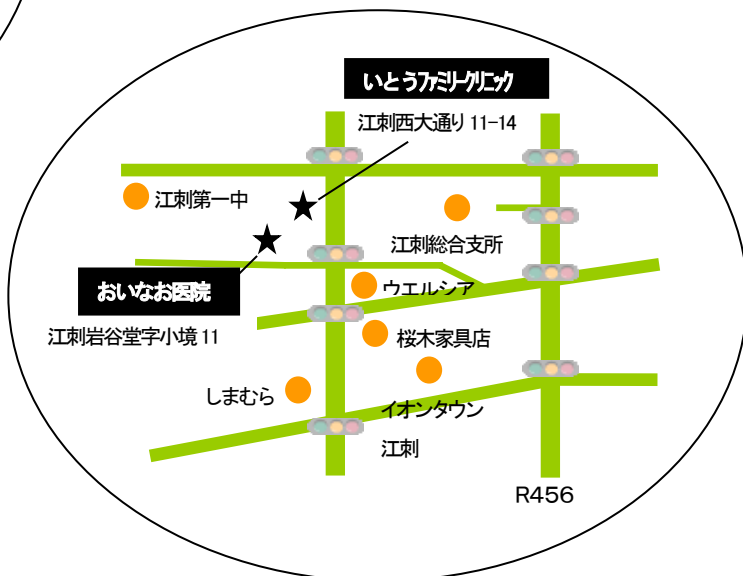
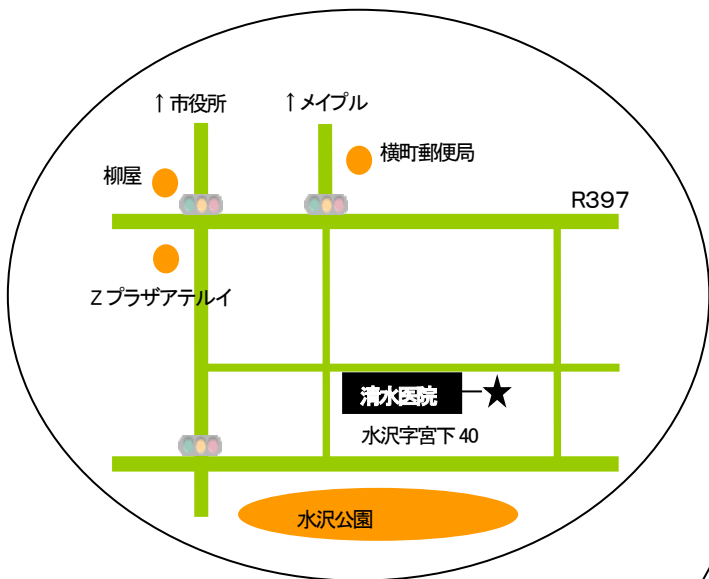
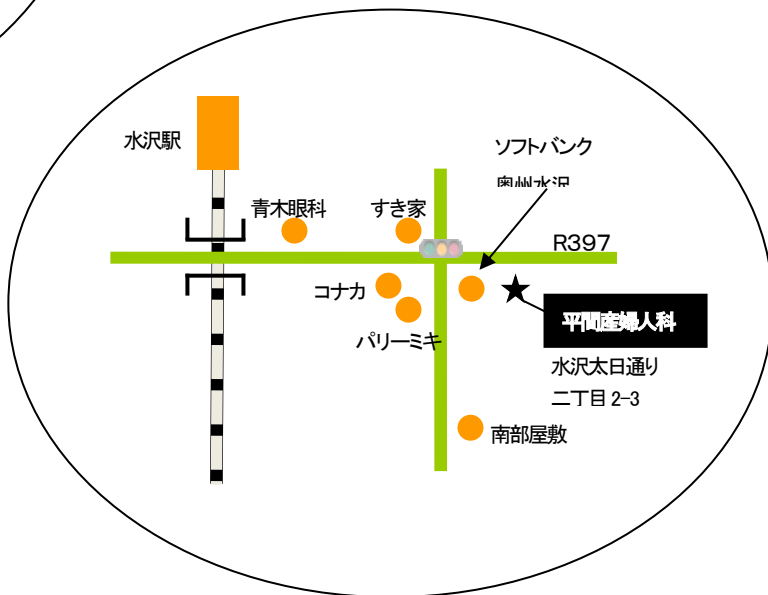
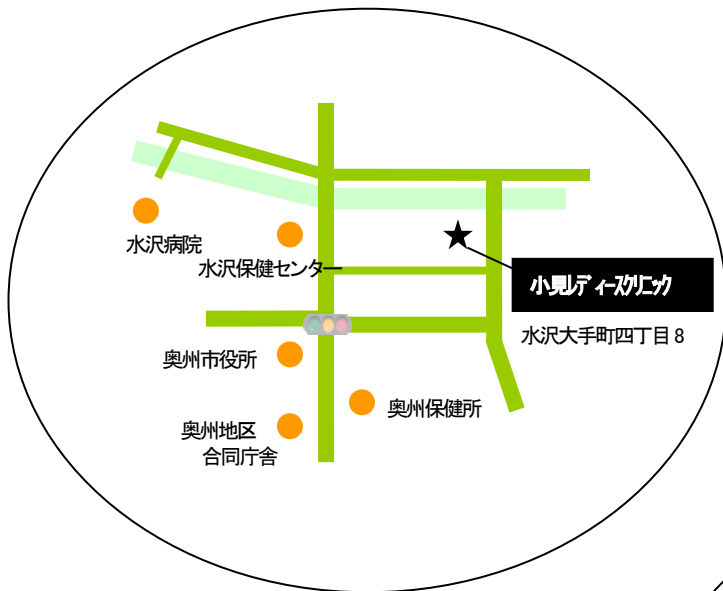
② 頸部細胞診判定の結果は、約1か月後に郵送でお知らせします。

【問い合わせ先】

水沢：健康こども部健康増進課 健康づくり係 〒023-8501 水沢大手町一丁目1番地 TEL(0197)34-2903
 江刺：江刺総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 〒023-1192 江刺大通り1番8号 TEL(0197)34-2523
 前沢：前沢総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 〒029-4292 前沢字七日町裏71番地 TEL(0197)34-0275
 胆沢：胆沢総合支所健康福祉グループ 健康増進担当 〒023-0401 胆沢南都田字大持50番地 TEL(0197)46-2977 健康増進プラザ悠悠館
 衣川：衣川総合支所市民福祉グループ 健康増進担当 〒029-4332 衣川古戸64番地4 TEL(0197)34-2370

受検年月日	令和 年 月 日	医療機関名 担当医師名	
①医師の診察による所見（臨床所見）		【医師の診察による所見への指示】	
1. 異常なし 2. 外陰炎 3. 膣炎 4. 頸管炎 5. 膣部びらん 6. 頸管ポリープ 7. 子宮内膜症 8. 子宮筋腫 9. 卵巣のう腫 10. その他 ()		1. 経過観察 (1) () か月後に受診してください (2) 治療の必要はありませんが、自覚症状等、気になるときには受診をお勧めします。 2. 要医療（要精密・要治療） 詳しい検査又は治療が必要です。医療機関で早めに診察を受けてください。受診している方は、主治医の指示に従ってください。	
②頸部細胞診判定			
頸部細胞診判定の結果は、約1か月後に郵送でお知らせします。			

検診実施医療機関位置図



令和8年度各種健(検)診通知書等送付書類内容及び宛名シールの仕様について

郵便番号 住所	郵便区内特別	地域名称の頭文字、連番
氏名	ただし、喀痰がある場合は、「規格外」と表示する。	重さ区分 150g以下
バーコード		
シ1 特1 長0 般0 三0 齒0 肺0 喀0 大2 宮0 B1 胃2 子0 乳0 前0 肝0 骨0 眼2 四0 江0 胆1 衣0	計 10	
胃がん検診(集団)+チラシ	大腸がん検診受検票+採便容器	