

保険診療支援外来のご案内

(令和8年6月改訂版 Ver.2)



佐賀メディカルセンタービル



公益財団法人

佐賀県健康づくり財団

目 次

はじめに	2
保険診療支援外来の検査項目一覧	2
(1) 佐賀県健診・検査センターにて保険請求する検査	
① 上部消化管 X 線造影検査（胃透視）	3
② 上部消化管内視鏡検査（胃カメラ）	4
③ 頭部単純 CT 検査	5
④ 胸部単純 CT 検査	6
⑤ 上腹部単純 CT 検査	7
⑥ 下腹部単純 CT 検査	8
⑦ 大腸 CT 検査	9
⑧ 腹部超音波検査（腹部エコー）	10
(2) 医療機関にて保険請求する検査	
① 長時間心電図検査解析（ホルター心電図）	11
② 頸動脈超音波検査（頸動脈エコー）	12
③ 肝硬度測定検査	13
④ 肺機能検査（呼吸機能）	14
⑤ 血圧脈波検査	15
⑥ 超音波骨密度検査	16
様式集	
様式 1 診療情報提供書（単純 CT 検査）	17
様式 2 診療情報提供書（大腸 CT 検査）	18
様式 3 診療情報提供書（腹部超音波検査）	19
様式 4 長時間心電図検査解析申込書（ホルター心電図）	20
様式 5 頸動脈超音波検査申込書（頸動脈エコー）	21
様式 6 肝硬度測定検査申込書	22
様式 7 検査申込書（肺機能・血圧脈波・骨密度）	23
お知らせ	
ヘルスサポート（特定健診）事業について	24
臨床検査のご利用について	26
臨床検査の精度管理について	27
アクセスマップ	28

日頃より、公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター（佐賀県医師会員医療機関等の共同利用施設）をご利用頂きまして、誠にありがとうございます。

当センターでは、下記の検査を予約制で実施しておりますので、診療の一助としてご活用ください。

診療情報提供書及び各種検査申込書をご希望の際は、お届けいたしますので、下記の予約申込先までご連絡ください。また、診療情報提供書などは必要事項をご記入の上、検査日までに到着するようご返送いただくか、もしくは検査当日に患者様にてご持参ください。

なお、(2)の①～⑥の保険請求（支払基金または国保連合会）につきましては、医療機関にてご請求いただき、当センターより結果報告後に以下の検査料金を医療機関に請求させていただきます。

●保険診療支援外来の検査項目一覧

(1) 佐賀県健診・検査センターにて保険請求する検査

検査項目	提出 様式	検査担当	予約 曜日	予約時間	検査料金 (初診の場合)	自己負担金 (3割)
①上部消化管 X 線造影検査(胃透視)	任意	消化器内科専門医	火～金	9 時 00 分	15,400 円前後	4,600 円前後
②上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)			月～金	8 時 00 分	17,000 円前後	5,100 円前後
③頭部単純 CT 検査	様式 1	放射線科専門医 診療放射線技師	月～金	13 時 30 分 ～ 15 時 30 分	21,000 円	6,300 円
④胸部単純 CT 検査						
⑤上腹部単純 CT 検査						
⑥下腹部単純 CT 検査						
⑦大腸 CT 検査	様式 2		水	8 時 00 分	26,060 円	7,818 円
⑧腹部超音波検査（腹部エコー）	様式 3	常勤医 超音波検査士	月～金	14 時 00 分 ～ 15 時 30 分	10,900 円	3,270 円

(2) 医療機関にて保険請求する検査

検査項目	提出 様式	検査担当	予約 曜日	予約時間	検査料金 (税抜)	検査料金 (税込)
①長時間心電図検査解析(ホルター心電図) ・ドクターレポート：必要 ・ドクターレポート：不要	様式 4	循環器科専門医 (判読なし)	(随時)		8,500 円 6,200 円	9,350 円 6,820 円
②頸動脈超音波検査 (頸動脈エコー)	様式 5	常勤医 超音波検査士	月～金	14 時 00 分 ～ 15 時 30 分	3,500 円	3,850 円
③肝硬度測定検査	様式 6	超音波検査士			2,000 円	2,200 円
④肺機能検査 (呼吸機能)	様式 7	臨床検査技師			900 円	990 円
⑤血圧脈波検査					1,000 円	1,100 円
⑥超音波骨密度検査					800 円	880 円

【保険診療支援外来の予約申込先】
 佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター
 健診部施設健診課
 TEL 0952-37-3313 FAX 0952-37-3063
 受付日時 月曜日～金曜日(祝日除く)
 8時00分～16時00分

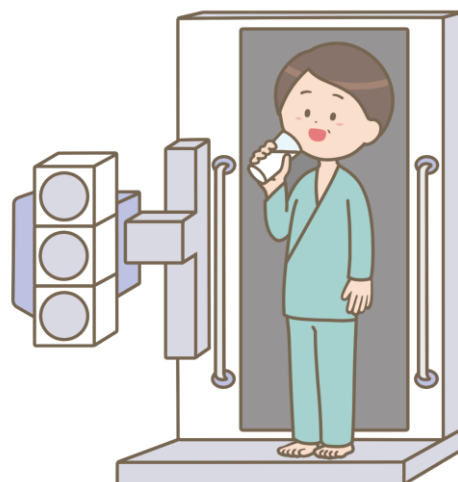
(1) 佐賀県健診・検査センターにて保険請求する検査

① 上部消化管 X 線造影検査(胃透視)

◎妊娠もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

この検査はバリウム（造影剤）と発泡剤を飲み、X 線を用いて上部消化管の形や粘膜の状態を観察します。胃がん検診や上部消化管疾患の診断に広く用いられ、食道・胃・十二指腸病変の早期発見に有効です。

- ◇ 予約曜日：火曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：9 時 00 分～10 時 30 分
- ◇ 定 員：2 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式任意)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金
- ◇ 検査時間：20 分程度
※検査前日、22 時以降から絶食となります。
- ◇ 結果報告：結果報告書と画像（CD-R）を 1 週間以内にお届けします。
※検査当日、担当医より患者様に説明します。
- ◇ 自己負担金：4,600 円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。

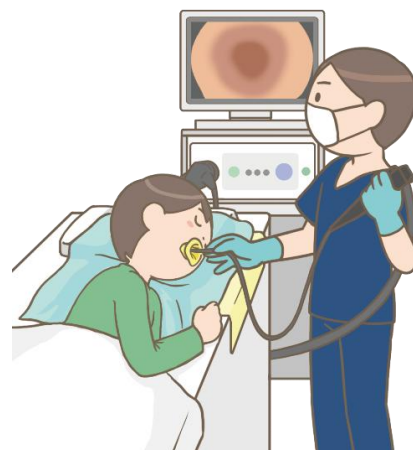


(1) 佐賀県健診・検査センターにて保険請求する検査

② 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)

この検査は、咽頭麻酔後に上部消化管汎用ビデオスコープ（細径）を口から挿入して、上部消化管の状態を観察記録します。上部消化管疾患の診断や治療方針の決定において、最も精度の高い検査法の一つとされ、食道・胃・十二指腸病変の早期発見に有効です。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：8時00分、8時30分
- ◇ 定 員：1名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式任意)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター2F
- ◇ 当日持参：[マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：20分程度
※検査前日、22時以降から絶食となります。
- ◇ 結果報告：結果報告書を1週間以内にお届けします。
※検査当日、担当医より患者様に説明します。
- ◇ 自己負担金：5,100円前後
※組織生検を実施した場合、4,000円前後/1臓器が追加されます。
- ◇ 備 考：診療情報提供料250点を算定できます。



(1) 佐賀県健診・検査センターにて保険請求する検査

③ 頭部単純 CT 検査

◎妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方は受診できません。

この検査は、造影剤を使用せずに X 線を用いて頭部の断層画像を撮影し、脳や頭蓋骨などの状態を評価する画像診断法です。短時間で撮影でき、特に脳血管障害や頭部外傷などの診断に広く用いられています。なお、使用する装置は 64 列マルチスライス CT です。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：13 時 30 分、14 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式 1)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金
- ◇ 検査時間：15 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書と画像（CD-R）を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 自己負担金：6,300 円
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



④ 胸部単純 CT 検査

◎妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方は受診できません。

この検査は、造影剤を使用せずに X 線 CT 装置を用いて胸部の断層画像を撮影し、肺、気管・気管支、縦隔、胸膜などの状態を評価する画像診断法です。胸部 X 線検査では描出が難しい微細な病変の検出に優れており、肺疾患の診断や健康診断・肺がん検診などに広く用いられています。なお、使用装置は 64 列マルチスライス CT です。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：13 時 30 分、14 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式 1)、胸部画像
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金
- ◇ 検査時間：15 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書と画像（CD-R）を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 自己負担金：6,300 円
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



⑤ 上腹部単純 CT 検査

◎妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

この検査は、造影剤を使用せずに X 線 CT 装置を用いて上腹部の断層画像を撮影し、肝臓、胆のう、膵臓、脾臓、腎臓、副腎などの臓器の形態を評価する画像診断法です。腹部臓器の異常の有無や病変の存在を確認するために広く用いられています。なお、使用装置は 64 列マルチスライス CT です。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：13 時 30 分、14 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式 1)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金
- ◇ 検査時間：15 分程度
 - ※朝食は、8 時までに済ませておいてください。
 - 検査当日の昼食は絶食となります。
 - 水分補給（乳製品はのぞく）に関しての時間制限はありません。
- ◇ 結果報告：結果報告書と画像（CD-R）を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 自己負担金：6,300 円
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



(1) 佐賀県健診・検査センターにて保険請求する検査

⑥ 下腹部単純 CT 検査

◎妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

この検査は、造影剤を使用せずに X 線 CT 装置を用いて下腹部および骨盤内の断層画像を撮影し、腸管、膀胱、前立腺・子宮・卵巣などの骨盤内臓器やリンパ節などの形態を評価する画像診断法です。腹痛の原因検索や尿路結石、骨盤内病変の評価などに広く用いられています。なお、使用装置は 64 列マルチスライス CT です。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：13 時 30 分、14 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式 1)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：15 分程度
※朝食は、8 時までに済ませておいてください。
検査当日の昼食は絶食となります。
水分補給（乳製品はのぞく）に関しての時間制限はありません。
- ◇ 結果報告：結果報告書と画像（CD-R）を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 自己負担金：6,300 円
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



⑦ 大腸 CT 検査

◎妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は受診できません。

この検査は、炭酸ガスまたは空気で大腸を十分に拡張した状態で X 線 CT 撮影を行い、得られた画像をコンピュータで三次元的に再構成して大腸内腔や腸管壁を観察する画像診断法です。大腸ポリープや大腸がんの検出を目的として実施され、内視鏡検査が困難な場合や補完検査として用いられます。なお、使用装置は 64 列マルチスライス CT です。

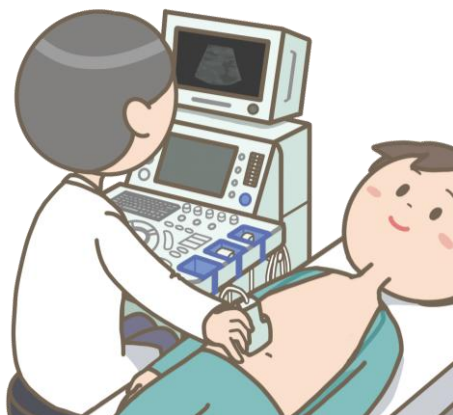
- ◇ 予約曜日：水曜日
- ◇ 予約時間：8 時 00 分
- ◇ 定 員：1 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
※財団ホームページの『大腸 CT 検査』のご案内をご確認のうえ、
お申込みください。
(財団ホームページ→医療関係者の皆様へ→保険診療『大腸 CT 検査』のご案内)
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式 2)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[マイナンバーカード](#)もしくは[資格確認書](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：15 分程度
※大腸検査の前処置が必要になります（ホームページ参照）。
- ◇ 結果報告：結果報告書と画像（CD-R）を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 自己負担金：7,818 円
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



⑧ 腹部超音波検査(腹部エコー)

この検査は、超音波を体表から腹部に送信し、その反射波(エコー)を画像化することで、腹部臓器の形態や内部構造を評価する画像診断法です。放射線被ばくがなく、身体への負担が少ないことから、健康診断や各種腹部疾患の診断に広く用いられています。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14時00分、14時30分、15時00分、15時30分
- ◇ 定 員：4名/日
- ◇ 予約申込：電話(0952-37-3313)
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式3)
※血液検査結果報告書(様式任意)の写しを添付してください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書、自己負担金
- ◇ 検査時間：30分程度
※朝食は、8時までに脂肪分の少ない食事をとってください。
検査当日の昼食は絶食となります。
- ◇ 結果報告：結果報告書を1週間以内にお届けします。
- ◇ 自己負担金：3,270円
- ◇ 備 考：診療情報提供料250点を算定できます。



(2) 医療機関にて保険請求する検査

① 長時間心電図検査解析(ホルター心電図)

この検査は、記録された心電図波形を解析して、通常的心電図検査では記録できない時間帯に発生した不整脈などの心電図異常を発見することに有効です。また、24 時間血圧や SpO₂ の解析はホルター心電図と同時記録で実施できます。

なお、ドクターレポートは佐賀大学医学部付属病院循環器内科に依頼しています。

項目名	検体	所要日数	検査料金
① ドクターレポート「必要」	記録メディア IC カード SD カード	3～4 日	9,350 円
② ドクターレポート「不要」		1～2 日	6,820 円
③ 24 時間血圧解析		①と②に準ずる	1,100 円
④ SpO ₂ 解析			—

◇ 装 置：

- ・解析装置(フクダ電子) SCM8000

※ 解析対象となる記録装置はフクダ電子社製となります。

◇ 必要書類：

長時間心電図検査解析申込書(様式4)、標準12誘導心電図、患者行動記録カード、記録メディア(ICカードまたはSDカード)

なお、ドクターレポート「不要」の場合は、標準12誘導心電図は必須ではありません。

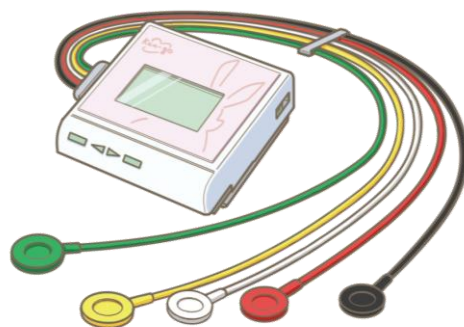
◇ 解析申込書記載：

- ・ドクターレポート「必要/不要」とペースメーカー埋込「有/無」を必ずご記入ください。
- ・24 時間血圧や SpO₂ を依頼される場合、その他連絡事項欄に「24 時間血圧」もしくは「SpO₂」を必ずご記入ください。

◇ 結果報告：解析結果報告書を集配便でお届けします。

◇ 備 考：保険請求(支払基金または国保連合会)は医療機関にてお願いします。

【ホルター心電図に関するお問合せ先】
佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター
健診部施設健診課(生理検査)
TEL 0952-37-3313 FAX 0952-37-3317
受付日時 月曜日～金曜日(祝日除く)
11 時00分～16 時00分



(2) 医療機関にて保険請求する検査

② 頸動脈超音波検査(頸動脈エコー)

この検査は、超音波を用いて頸部の頸動脈を観察し、血管壁の厚さ、動脈硬化の程度、プラーク（粥腫）の有無、血流状態などを評価する画像診断法です。脳梗塞や動脈硬化性疾患のリスク評価および経過観察に広く用いられています。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：頸動脈超音波検査申込書(様式 5)
※血液検査結果報告書（様式任意）の写しを添付してください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[マイナンバーカードもしくは資格確認書（本人確認のため）](#)
- ◇ 検査時間：30 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 検査料金：3,850 円/ 1 例（税込）
- ◇ 備 考：[保険請求（支払基金または国保連合会）は医療機関にてお願いします。](#)

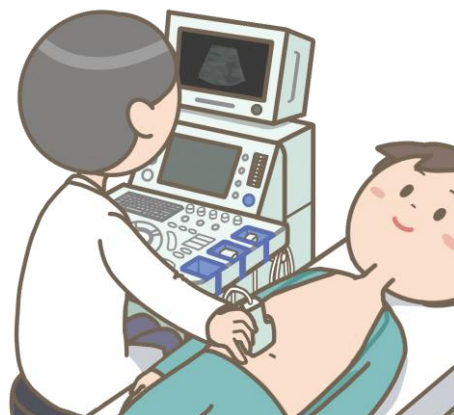


(2) 医療機関にて保険請求する検査

③ 肝硬度測定検査 (Shear Wave Elastography)

この検査は、超音波を用いて肝臓の硬さ（硬度）を非侵襲的に測定し、肝線維化や肝硬変の程度を評価する画像診断法です。慢性肝疾患の診断、治療効果の判定および経過観察に広く用いられています。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
- ◇ 必要書類：肝硬度測定検査申込書(様式 6)
※血液検査結果報告書（様式任意）の写しを添付してください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書（本人確認のため）
- ◇ 検査時間：30 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 検査料金：2,200 円/ 1 例（税込）
- ◇ 備 考：保険請求（支払基金または国保連合会）は医療機関にてお願いします。



(2) 医療機関にて保険請求する検査

④ 肺機能検査(呼吸機能)

この検査は、肺の換気機能や呼吸機能を評価するために、スパイロメーターなどの測定機器を用いて肺活量や呼気流量などを測定する生理機能検査です。呼吸器疾患の診断、重症度評価、治療効果判定および手術前評価などに広く用いられています。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話 (0952-37-3313)
- ◇ 必要書類：検査申込書(様式 7)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書 (本人確認のため)
- ◇ 検査時間：30 分程度
※検査時、深くもしくは強く呼吸しますので、
検査前は軽めの食事をできるだけ早めに済ませてください。
- ◇ 結果報告：結果報告書を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 検査料金：990 円/ 1 例 (税込)
- ◇ 備 考：保険請求 (支払基金または国保連合会) は医療機関にてお願いします。

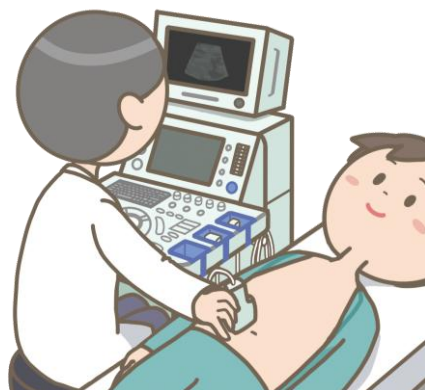


(2) 医療機関にて保険請求する検査

⑤ 血圧脈波検査

この検査は、四肢の血圧と脈波を同時に測定し、動脈の硬さ（動脈硬化）や下肢動脈の狭窄・閉塞の有無を評価する生理機能検査です。代表的な指標として、**脈波伝播速度（PWV：Pulse Wave Velocity）と足関節上腕血圧比（ABI：Ankle-Brachial Index）**が測定されます。

- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
※本検査の適応外となる方 ・四肢を強く加圧できない方
・81 歳以上
（機器仕様に定める対象年齢外のため）
また、不整脈のある方の検査結果は参考値となります。
- ◇ 必要書類：検査申込書（様式 7）
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[マイナンバーカードもしくは資格確認書（本人確認のため）](#)
- ◇ 検査時間：30 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 検査料金：1,100 円/ 1 例（税込）
- ◇ 備 考：[保険請求（支払基金または国保連合会）は医療機関にてお願いします。](#)

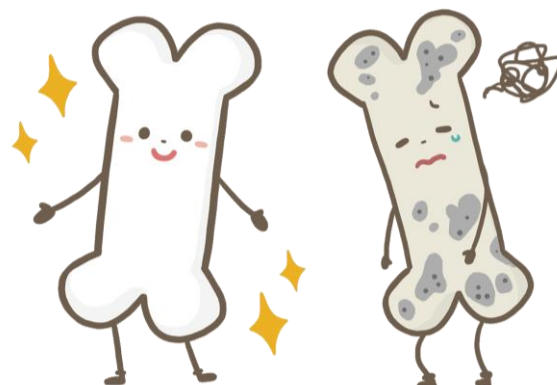


(2) 医療機関にて保険請求する検査

⑥ 超音波骨密度検査

この検査は、超音波を用いて主に踵骨（かかとの骨）の骨密度や骨質を測定し、骨粗鬆症のリスクを評価する検査です。放射線被ばくがなく、簡便かつ非侵襲的に実施できることから、健康診断や骨粗鬆症のスクリーニングに広く用いられています。

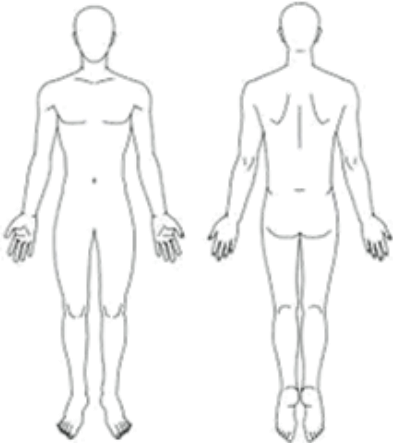
- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（0952-37-3313）
※本検査の適応外となる方 ・ 79 歳以上
(機器仕様に定める対象年齢外のため)
- ◇ 必要書類：検査申込書(様式 7)
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：マイナンバーカードもしくは資格確認書（本人確認のため）
- ◇ 検査時間：15 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を 1 週間以内にお届けします。
- ◇ 検査料金：880 円/ 1 例（税込）
- ◇ 備 考：保険請求（支払基金または国保連合会）は医療機関にてお願いします。



(様式1)

診療情報提供書（単純CT検査）

※紹介元医療機関にてご記入ください。

紹介先医療機関の所在地及び名称		紹介元医療機関の所在地及び名称	
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 担当医様		医師名 (印)	
ふりがな 男 住所			
氏 名 女			
T・S・H 年 月 日 (歳)		TEL ()	
検査予約日 年 月 日 時 分		前回検査 無 ・ 有 (年 月 日)	
傷病名			
紹介目的			
撮影部位 頭部・胸部・上腹部・下腹部（骨盤部）・（ ）			
●既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
			
* 妊娠の有無：あり・なし			

【以下は当財団で記入】

診療録番号：

検査番号：

撮影条件		スキャン数	データ	医師	放射線技師
kV	mA	回	電子保存		



佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

(様式 2)

診療情報提供書（大腸CT検査）

※紹介元医療機関にてご記入ください。

紹介先医療機関の所在地及び名称		紹介元医療機関の所在地及び名称	
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 担当医様		医師名 (印)	
ふりがな 男 住所		氏名 女	
T・S・H 年 月 日 (歳)		TEL ()	
検査予約日 年 月 日 時 分		前回検査 無 ・ 有 (年 月 日)	
傷病名			
紹介目的			
●既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
			
●手術歴 (有 ・ 無) 術式			
●埋め込み式ペースメーカー・ICD (有 ・ 無)			
●ブスコパン禁忌 (有 ・ 無)			
●介助 (要 ・ 不要)			
●腹臥位安静 (可 ・ 不可)			

*妊娠中の方あるいは妊娠の可能性のある方は大腸CT検査を受けることはできません

【以下は当財団で記入】

診療録番号：

検査番号：

撮影条件		スキャン数	データ	医師	放射線技師
kV	mA	回	電子保存		

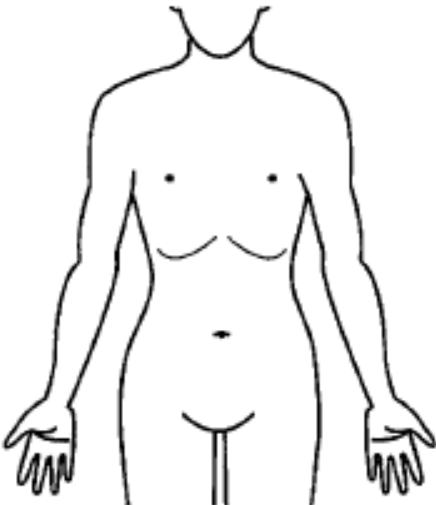


佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

(様式 3)

診療情報提供書（腹部超音波検査）

※紹介元医療機関にてご記入ください。

紹介先医療機関の所在地及び名称		紹介元医療機関の所在地及び名称	
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 担当医様		医師名 _____ (印)	
ふりがな _____ 男 _____ 女 _____ 氏 名 _____		住所 _____	
T・S・H 年 月 日 (歳)		TEL ()	
検査予約日 年 月 日 時 分		前回検査 無 ・ 有 (年 月 日)	
傷病名 _____			
紹介目的 _____			
●既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
			



(様式4)

長時間心電図検査解析申込書(ホルター心電図)

※紹介元医療機関にてご記入ください。

提出日	年	月	日	No.
病医院コード	地区名	病医院名		TEL
ふりがな		歳 男・女		
患者名		(外来・入院 階)		
記録日時	年	月	日	時 分 ~ 時 分
血圧	/	mmHg	身長	cm 体重 kg
病名				
誘導法	2チャンネル誘導 ・ CM ₅ 誘導 ・ NASA誘導 ・ その他 ()			
検査目的	(不整脈 ・ ST-T変化)の検出 その他 ()			
投薬内容				
ドクターレポート 必要 ・ 不要 ※必ず○をつけてください				
注1 ドクターレポート必要の場合、 標準12誘導心電図、患者行動記録カード、 記録メディア(ICカードまたはSDカード)をご提出ください。				
注2 ドクターレポート不要の場合、 患者行動記録カード、記録メディア(ICカードまたはSDカード)をご提出ください。				
ペースメーカー埋込 有 ・ 無 ※必ず○をつけてください				
その他連絡事項				
【解析可能なデジタル記録器】 ※予約申込前に必ずご確認ください。 FM-100、FM-101、FM-120、FM-150、FM-160、FM-180、FM-180S FM-190、FM-200、FM-300、FM-500、FM-700、FM-800、FM-960 FM-970、FM-980、FM-1300				



(様式5)

頸動脈超音波検査申込書(頸動脈エコー)

※紹介元医療機関にてご記入ください。

紹介先医療機関の所在地及び名称	紹介元医療機関の所在地及び名称
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 健診部施設健診課担当者様	医師名 (印)
ふりがな 男 氏 名 女	住所
T・S・H 年 月 日 (歳)	TEL ()
検査予約日 年 月 日 時 分	前回検査 無 ・ 有 (年 月 日)
傷病名	
●既往歴・治療経過など ○をつけてください。	●検査結果 *検査結果報告写しの添付でも構いません
・飲酒歴 あ り な し	検査日 年 月 日
・喫煙歴 あ り な し	・身長 cm
・脳梗塞の既往 あ り な し	・体重 kg
・高血圧の治療 あ り な し	・BMI
・糖尿病の治療 あ り な し	・腹囲 cm
・脂質異常症の治療 あ り な し	・血圧 /
・高尿酸血症の治療 あ り な し	・総コレステロール
●特記事項(経過など)	・HDL
	・LDL
	・中性脂肪
	・空腹時血糖
	・ヘモグロビンA1c
	・尿酸値



肝硬度測定検査申込書 (Shear Wave Elastography)

紹介先医療機関の所在地及び名称				紹介元医療機関の所在地及び名称																																																			
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 健診部施設健診課担当者様				医師名 _____ (印)																																																			
ふりがな		男		住所																																																			
氏名		女																																																					
T・S・H		年 月 日 (歳)		TEL		()																																																	
検査予約日		年 月 日 時 分		前回検査 無 ・ 有 (年 月 日)																																																			
●既往歴 ○をつけてください。 <table><tr><td>・B型肝炎</td><td>あ り</td><td>な し</td><td>不明</td></tr><tr><td>・C型肝炎</td><td>あ り</td><td>な し</td><td>不明</td></tr><tr><td>・肝硬変</td><td>あ り</td><td>な し</td><td>不明</td></tr><tr><td>・慢性肝炎</td><td>あ り</td><td>な し</td><td>不明</td></tr><tr><td>・NASH</td><td>あ り</td><td>な し</td><td>不明</td></tr><tr><td>・NAFLD</td><td>あ り</td><td>な し</td><td>不明</td></tr></table>				・B型肝炎	あ り	な し	不明	・C型肝炎	あ り	な し	不明	・肝硬変	あ り	な し	不明	・慢性肝炎	あ り	な し	不明	・NASH	あ り	な し	不明	・NAFLD	あ り	な し	不明	●血液検査結果 *検査結果報告写しの添付でも構いません <table><tr><td>検査日</td><td>年</td><td>月</td><td>日</td></tr><tr><td>・AST</td><td colspan="3">U/L</td></tr><tr><td>・ALT</td><td colspan="3">U/L</td></tr><tr><td>・γ-GT</td><td colspan="3">U/L</td></tr><tr><td>・血小板</td><td colspan="3">10³/μL</td></tr><tr><td>・Fib-4 index</td><td colspan="3"></td></tr></table>				検査日	年	月	日	・AST	U/L			・ALT	U/L			・γ-GT	U/L			・血小板	10 ³ /μL			・Fib-4 index			
・B型肝炎	あ り	な し	不明																																																				
・C型肝炎	あ り	な し	不明																																																				
・肝硬変	あ り	な し	不明																																																				
・慢性肝炎	あ り	な し	不明																																																				
・NASH	あ り	な し	不明																																																				
・NAFLD	あ り	な し	不明																																																				
検査日	年	月	日																																																				
・AST	U/L																																																						
・ALT	U/L																																																						
・γ-GT	U/L																																																						
・血小板	10 ³ /μL																																																						
・Fib-4 index																																																							
●特記事項（経過など）																																																							

(様式7)

検査申込書（肺機能・血圧脈波・骨密度）

※紹介元医療機関にてご記入ください。

紹介先医療機関の所在地及び名称		紹介元医療機関の所在地及び名称	
公益財団法人佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター 佐賀市水ヶ江一丁目12番10号 0952-37-3313 担当医様		医師名 _____ (印)	
ふりがな _____ 男 _____ 女 _____ 氏 名 _____		住所 _____	
T・S・H 年 月 日 (歳)		TEL ()	
検査予約日 年 月 日 時 分		前回検査 無 ・ 有 (年 月 日)	
※ご依頼の検査項目に○をつけてください。			
検査項目 : 肺機能（呼吸機能） ・ 血圧脈波 ・ 超音波骨密度			
傷病名			
紹介目的			
●既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
※必ずご記入ください。			
検査日 年 月 日			
身長 _____ cm			
体重 _____ kg			



(お知らせ)ヘルスサポート(特定健診)事業

1. 本事業の概要

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年4月から医療保険者に対し、40～74歳の加入者への特定健診が義務付けられており、定期通院者に対しても例外ではありません。

各市町国保が受診率向上のため、定期通院者の検査情報のうち『特定健診として活用できる情報』を医療機関から提供いただく、国保保健事業です。

なお、ヘルスサポート事業は佐賀県医師会と佐賀市（市町国保の代表保険者）の集合契約です。

2. 対象者

定期通院している40～74歳の市町国民健康保険被保険者（以下、定期通院者という）が対象です。

なお、「国民健康保険被保険者資格証明書」の交付を受けている方も可。

※ ヘルスサポート受診は定期通院者で、特に血液検査を実施している患者さんにお勧めです。

※ ヘルスサポート事業を実施している市町国保に限ります。

※ 保険者が実施する特定健診、人間ドック、脳ドック等、特定健診項目を含む健診を同一年度内に受診していない定期通院者に限り、年度内に1回受診できます。

なお、詳細検査は同時実施できませんので、ご了承ください。

※ ヘルスサポート事業では、定期通院者に以下の留意事項を十分説明した上で、事前の同意が必要です。また、通常診療に比べ、問診・診察・採血などに時間を要する場合があります。

《留意事項》

- ・ヘルスサポート事業に関する情報を医療保険者に提供し、保険事業等に活用されること。
- ・特定健診の受診者として、匿名で国へ情報提供されること。
- ・保険者が実施する特定健診、人間ドック、脳ドック等、特定健診項目を含む健診を同一年度内に受診しないこと。

3. 自己負担金

無料

※ 通常診療における個人負担金の支払いは必要です。定期通院者に必ずご請求ください。

※ 定期通院者の中には、通常診療の自己負担金（3割など）まで無料になると思われる場合がありますので、ご注意ください。

4. 実施期間

集合契約締結日から2月末日もしくは3月末日まで

※ 詳細は、市町にご確認ください。

5. 実施医療機関

ヘルスサポート登録医療機関名簿は、佐賀県医師会ホームページに掲載しています。

また、ヘルスサポート登録医療機関に新規登録をご希望される場合、「佐賀県国民健康保険連合会」及び「社会保険診療報酬支払基金」で、「特定健診実施医療機関」として登録する必要がありますので、郡市医師会を通じて佐賀県医師会にご連絡ください。

○ 「ヘルスサポートセット 41」・「ヘルスサポートセット 42」

検査セット名・セット番号		S-41	S-42
		ヘルサポ41 (検査料金) 1,001円(税込)	ヘルサポ42 (検査料金) 1,001円(税込)
傷 病 名		例: 慢性肝炎	例: 高血圧・糖尿病 高脂血症
セット項目	AST (GOT)	●	●
	ALT (GPT)	●	●
	中性脂肪	●	●
	HDL-コレステロール	●	●
	LDL-コレステロール	●	●
	クレアチニン	▲	▲
	尿酸	▲	▲
	γ-GTP	●	●
	血糖	●	●
	HbA1c	▲	▲
	総蛋白	○	○
	LD (LDH)	○	○
	総コレステロール	○	○
	尿素窒素	○	○
	NaとCl	○	○
	K	○	○
	カルシウム	○	○
	総ビリルビン	○	○
	直接ビリルビン	○	●
	アルブミン	○	○
	ALP	○	●
	コリンエステラーゼ	○	○
	血清アミラーゼ	○	●
	CK	●	●
	無機リン	●	●
	白血球	○	○
	赤血球	○	○
	血色素(Hb)	○	○
	ヘマトクリット値	○	○
	MCV	○	○
	MCH	○	○
	MCHC	○	○
	血小板数	○	○

特定健診の電子化項目
(HbA1cを含めて10項目)
* 注意: 保険請求できないので、
レセプトに記載しないでください
特定健診項目を除いた
レセプトセットを作成してください

保険診療 生化学10項目以上

保険診療 末梢血液一般検査項目

(注意)
傷病名が高脂血症だけの場合は、
血算項目の傷病名として貧血及び
貧血疑い等をご記入ください。

【参考】 ●: 健康づくり財団サービス項目 ▲: 健康づくり財団サービス項目(衛生事業項目)
○: 保険請求可能な項目

- ※ ヘルスサポートセットはスクリーニング検査を中心に、たくさんの検査項目を含んでおり、診療だけでなく特定健診で使用できるため、特定健診の受診率向上に寄与する内容です。
- ※ 結果報告書は、ヘルスサポート依頼後2週間を目途に送付しますので、定期通院者への結果説明時にご使用ください。

(お知らせ)臨床検査のご利用について

◇佐賀県医師会員の共同利用施設

佐賀県健診・検査センターは、佐賀県医師会会員の診療を支援する共同利用施設に位置付けられています。臨床検査や個別健診などのご利用を何卒お願い申し上げます。

◇県内をほぼ網羅している集配体制

当センターの集配体制は、佐賀市を拠点として佐賀県全域(唐津東松浦地区除く)を対象に整備し(通常ルート)、臨床検査や個別健診などの検体等を回収及び、報告書等を配送しています。

◇原則、1日2回の医療機関訪問

通常ルートは医療機関を原則、1日2回訪問します。一方、緊急検査は迅速に結果報告するため、通常ルートではなく特別対応します。

◇検査依頼や結果報告のデジタル運用

①Web きゃどらいん

「Web きゃどらいん(臨床検査データ通信システム)」をご利用いただくと、Web きゃどらいん専用画面で測定後リアルタイムに血液検査結果などを閲覧できます。また、前回の測定値(時系列)やグラフの表示、印刷機能があり、患者様への結果説明や紹介状添付することができます。

なお、同画面で検査依頼も行えますので臨床検査の依頼作業が効率的に行えます。

②中継器システムなど

中継器システムやラベルプリンターを会員医療機関に導入設置いただくと、ご使用の電子カルテで測定後の血液検査結果をリアルタイムに閲覧出来るだけでなく、臨床検査の依頼作業が効率的に行えます。

なお、検体はこれまで同様、集配でご提出ください。

③電子媒体(USB など)

血液検査などの結果データを電子媒体(USB など)でご提供できます。また、その結果データをご使用の電子カルテなどに取り込むことができます。



【臨床検査渉外(集配)に関するお問合せ先】
臨床検査渉外課(担当:山口・平尾・無津呂)
TEL 0952-37-3302

(お知らせ)臨床検査の精度管理について

◇「正確・迅速・確実」に検査結果をご報告

当センターは「正確・迅速・確実」をスローガンに、「尿・糞便等検査」・「血液学的検査」・「生化学的検査」・「免疫学的検査」・「輸血検査」・「微生物学的検査」・「病理学的検査」の部門に分けて、信頼性のある精度保証された臨床検査を実施しています。また、緊急検査では検体到着後、約60分で結果報告します。



◇外部精度管理調査への積極的な参加

- ・日本医師会臨床検査精度管理調査
- ・日本臨床衛生検査技師会臨床検査精度管理調査
- ・佐賀県医師会臨床検査精度管理調査
- ・日本臨床細胞学会コントロールサーベイ
- ・佐賀県薬業センター精度管理調査(感染症検査項目)

◇関連団体や学会等の施設認定の取得

- ・日本臨床衛生検査技師会品質保証施設認証
- ・日本臨床細胞学会施設認定



◇臨床検査に関する最新情報の発信

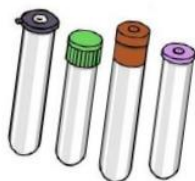
「(財団)検査ニュース」を毎月発行し、臨床検査の最新情報を会員医療機関へ発信しています。



佐賀県健診・検査センターは、会員医療機関の診療を強力に支援する

身近な検査室

を目指しています



【臨床検査に関するお問合せ先】

臨床検査課(担当:川浪・五島・岩野・森田)

TEL 0952-37-3302

◆ アクセスマップ



〒840-0054 佐賀市水ヶ江 1 丁目 12 番 10 号 TEL 0952-37-3301 (代表)



JR をご利用の場合

- 佐賀駅より徒歩 30 分
長崎本線、佐世保線、唐津線



佐賀市営バスをご利用の場合

- 諸富・早津江線、犬井道・大詫間線で、
『水ヶ江大通り』より徒歩約 5 分もしくは
『大隈記念館前』より徒歩約 2 分
- 佐賀城跡線で『佐賀城跡』より徒歩約 5 分



お車で来られる場合

- 佐賀大和 I.C.より約 30 分
※駐車場は敷地内(当ビル周囲)に
準備していますので、ご利用ください。

当財団のロゴマーク



成長していく健康な 【 木 】
健診・検査にかかせない【聴診器】
からだをイメージした 【ハート】