

令和 7 年度版

前立腺がん検診

実施マニュアル

〒359-0025

所沢市上安松 1224-1

所沢市健康推進部保健センター

健康管理課 検診グループ

TEL : 04-2991-1811

(令和 7 年 5 月)

1 概要

1 検診の目的

がんの早期発見の推進により市民の健康保持に資すること。

2 実施主体

所沢市が所沢市医師会に委託し、所沢市医師会の会員において事業を行う。

3 周知

全戸配布の「健康ガイドところざわ」、所沢市ホームページ、広報ところざわ

4 受診券取得方法

(1) 申込不要で受診券が届く方

●令和7年4月30日時点で所沢市に住民票があり、①～③のいずれかに該当する方

①令和5年4月1日～令和7年3月31日に所沢市の検診を受診した方（結核検診・
肝炎ウイルス検診を除く）

②国民健康保険加入者で40～69歳（令和8年3月31日時点の年齢）の方

③以下の年齢（令和8年3月31日時点の年齢）、性別に該当する方

40～70歳の5歳刻みの男性、20～70歳の5歳刻みの女性

(2) 受診券発行の申請が必要な方

●①～③に該当しない方は、以下のいずれかの方法で受診券の発行申請をする。

・電子申請、電話、FAX、健康管理課窓口

受診券発行申請期間

～令和8年2月20日（金）

※受診者の手元に受診券がない場合、2月20日（金）までは健康管理課を案内してください。

5 実施期間

受診券到着～令和8年2月28日（土）

6 費用

1,000円

次に該当する方は、証明書の提示で一部負担金が免除になります。

- ・生活保護法による被保護世帯に属する方

必要証明書：生活保護受給証明書（令和7年度中に発行されたもの）

※生活保護医療券では免除の対象となりませんので、受診者には上記書類を取得してもらうようご案内ください。

- ・市民税非課税（世帯員全員が非課税）に属する方

必要証明書：市県民税所得課税証明書

（交付日が令和7年6月以降で「保健センター検診用」の朱印があるもの）

※「保健センター検診用」の朱印がない場合は、負担金免除の対象とならないことがあるため、保健センターに確認すること。

※平成29年12月からコンビニ交付が可能です。コンビニ交付の場合は「保健センター検診用」の朱印がないため、必ず保健センターに確認すること。

- ・令和7年1月2日以降に市外から転入してきた方

必要証明書：転入前の市区町村の市県民税所得課税証明書

※転入前の市区町村で取得した証明書には、「保健センター検診用」の朱印は不要です。証明書を持ってきた方は、負担金免除の対象として取り扱ってください。

注意！

受け取った証明書は、コピーして原本は本人に返却すること。

2 検診について

1. 対象者

50歳、55歳、60歳、65歳、70歳、75歳及び80歳となる男性で市民の方

検診対象の除外条件

今年度に市の前立腺がん検診を受診した方

2. 検診の流れ

1) 受診予約

受診者が希望の医療機関に予約する。

予約を受け付ける際に注意事項を伝える。

2) 検診の受付

(1) 1. 対象者にあてはまるかを確認する。

(2) 受診者に口頭で、本市に住民票があることを確認する。

(3) 「前立腺がん検診票 (P. 8)」を受診者に渡し、記入してもらう。

(4) 所沢市検診受診券の前立腺がん検診のシール (P. 7) を前立腺がん検診票の1枚目 (市提出用) の受診券貼付欄に貼り付ける。

(5) 費用を徴収する。

※市民税非課税世帯・生活保護世帯の方で費用が免除になる方は証明書を確認する。(P. 2～3)

3) 検診の実施

(1) 問診

前立腺がん検診の受診歴有無、家族歴、既往歴、ホルモン治療、自覚症状等に関する事項を、検診票をもとに聴取・確認する。

(2) 採血

血中PSA値を測定する。(測定値は、小数点第二位以下を四捨五入して第一位までを記入)

※カットオフ値は、「前立腺がん検診ガイドライン2018年版 (日本泌尿器科学会編)」に基づきます。

(3) 結果説明 (総合判定及び検査指示)

検診票にPSA値を記入する。

検診票の総合判定および検査指示欄の判定にチェックを入れる。

検診票に実施医療機関名、医師名を記入する。

検診票の「③結果通知用 (検診票3枚目)」を受診者に渡し、原則対面で結

果を説明する。

PSA 値が基準値を下回っていても、1年後または3年後には、人間ドック・各種健診や保険診療等により再度受診した方が良いことを伝える。

検診結果は少なくとも5年間保存すること。

※総合判定が「泌尿器科医（専門医）を受診してください」だった場合の対応は、下記参照。

総合判定および検査指示が要精密検査となった場合

総合判定が「泌尿器科（専門医）を受診してください」（要精密検査）となった場合には、必ず精密検査を受ける必要があることと、精密検査は保険診療となる旨を説明する。

（１）精密検査を一次検診実施医療機関で実施した場合

必要事項を精密検査結果連絡票に記入し、返信用封筒を使用し、郵送で提出する。

（２）精密検査を他の医療機関に紹介する場合

- ・氏名、生年月日、受診者コード、一次検診受診日、一次検診場所のみ記入。
- ・紹介先医療機関が決定している場合は、前立腺がん検診票の「紹介医療機関名」欄に紹介先の医療機関名を記入。（決定していない場合は未記入で可）
- ・精密検査用書類を受診者に渡す。

他の医療機関に紹介する際の必要書類

「精密検査の参考資料用」封筒に下記2点を封入

- ・精密検査依頼書（P. 9）
- ・返信用封筒（精密検査依頼書兼結果連絡票 返信用封筒）
- ・検診票2枚目「②医療機関用」のコピー

※必要に応じ、「令和7年度前立腺がん精密検査実施医療機関一覧」を受診者に渡す。

3. 検診票と請求書の提出

提出書類：請求書（P. 10）、検診票の「①市提出用」、生活保護受給証明書または市県民税所得課税証明書のコピー

提出先：所沢市保健センター健康管理課 検診担当

提出期限：下記参照

	提出締切日
5月分 検診票及び請求書	6/10（火）必着

6 月分 検診票及び請求書	7/10（木）必着
7 月分 検診票及び請求書	8/8（金）必着
8 月分 検診票及び請求書	9/10（水）必着
9 月分 検診票及び請求書	10/10（金）必着
1 0 月分 検診票及び請求書	11/10（月）必着
1 1 月分 検診票及び請求書	12/10（水）必着
1 2 月分 検診票及び請求書	1/9（金）必着
1 月分 検診票及び請求書	2/10（火）必着
2 月分 検診票及び請求書	3/10（火）必着

※ご注意ください※

①ご提出はご来局または、ご郵送でも受け付けております。なお、提出期限は医療機関様のお手元を離れる日ではなく、当センターに到着する最終日ですのでご注意ください。

②締め切り間近での普通郵便による提出は現在所沢市内でも翌日には到着しませんのでご注意ください。個人情報保護及び紛失等の事故を防ぐためにも、ご郵送の場合はレターパック等をお勧めいたします

4. 前立腺がん検診様式サンプル

1) 所沢市 検診受診券

令和6年度用 所沢市 検診受診券

〒359-0025
所沢市上安松1224番地の1
保健センター健康管理課
所沢 花子 様

240307000001 #1-1-000008

受診者コード 9999999999

氏名 所沢 花子

フリガナ トコサヅ ハナコ

生年月日 昭和30年3月31日 年度年齢 70歳 性別 女

- ① 受診の際は、この受診券を切り離したり剥がしたりしないでこのままお持ちください。
- ② 受診方法などは同封の「がん検診等のご案内」の冊子をご確認ください。
- ③ 受診日前に市外に転出した場合、受診券は使用できません。
- ④ 誤って受診した場合や年度内に同じ検査を複数回受診した場合、2回目以降の検査にかかる費用は全額自己負担として請求されますのでご注意ください。

切り離さないでください

胃がん検診（バリウム）（内視鏡）

所沢 花子	トコサヅ ハナコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バリウム：集団検診（要予約） バリウム：バス検診（要予約） 内視鏡：個別検診（医療機関に直接予約）	費用 バリウム：1,200円 内視鏡：2,000円	
胃がん検診（バリウム）（内視鏡） 令和6年度用 所沢市		

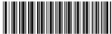
肺がん検診

所沢 花子	トコサヅ ハナコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約） バス検診（要予約）	費用 肺がん：800円 喀痰：700円	
肺がん検診 令和6年度用 所沢市		

大腸がん検診

所沢 花子	トコサヅ ハナコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		

サンプルのため、名前が印字されていませんが、受診対象の方は名前が印字されています。名前が印字されていることを確認してから、検診の受付をお願いします。

所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 40～49歳：1,500円 50歳以上：1,000円	
乳がん検診 令和6年度用 所沢市		

骨粗しょう症検診

所沢 花子	トコサヅ ハナコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 500円	
骨粗しょう症検診 令和6年度用 所沢市		

前立腺がん検診

対象ではありません。		
前立腺がん検診 令和6年度用 所沢市		

ご確認ください

子宮頸がん検診

所沢 花子	トコサヅ ハナコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
バス検診（要予約） 個別検診（医療機関に直接予約）	費用 1,000円	
子宮頸がん検診 令和6年度用 所沢市		

成人歯科検診

所沢 花子	トコサヅ ハナコ	昭和30年3月31日
所沢市上安松1224番地の1保健センター健康管理課	70歳	女
9999999999		
集団検診（要予約）	費用 70歳未満：500円 70歳以上：無料	
成人歯科検診 令和6年度用 所沢市		

※今年度受けることができる検診にはシールに名前が印字されています。ご自身の体調等に合わせ必要な検診を選択してください。

令和7年度 所沢市前立腺がん検診票

▼太枠内を強めにご記入ください。

住 所	〒 359- 所沢市			【受診券貼付欄】 受診券シールを枠内に 貼り付けてください。			
フリガナ							
氏 名	様						
生年月日	昭和	年	月	日	年 齢	歳	
受 診 日	令和	年	月	日	電話番号	()	

▼次の質問にお答えください。

問 診 事 項	1	今までに前立腺がん検診（PSA検査）を受けたことがありますか はい の場合 ⇒ （ 年頃）	☐ いいえ	☐ はい
	2	血縁者で前立腺がんになった人がいますか	☐ いいえ	☐ はい
	3	今までに前立腺の病気にかかったことがありますか （治療中、経過観察、完治を含む） はい の場合 ⇒ 病名（ ）	☐ いいえ	☐ はい
	4	ホルモン治療や男性型脱毛症の治療を受けていますか ※ はい の場合 ⇒ 病名（ ）	☐ いいえ	☐ はい
	5	排尿について気になる症状はありますか はい の場合 ⇒ 症状（ ）	☐ いいえ	☐ はい

※ホルモン治療や脱毛症の治療を受けている場合、薬品の影響でPSA値が低くなる場合があります。
今回の結果に関わらず、泌尿器科医に相談することをおすすめします。

以下は医療機関記入欄

今回の前立腺がん検診の結果は、次のとおりです。

P S A 値 ng/mL ※小数点第二位を四捨五入して第一位まで記入

総合判定および検査指示			
PSA値 \ 年齢	50歳・55歳・60歳	65歳	70歳・75歳・80歳
1.0ng/mL 以下	☐ 3年後検査(基準値以下)	☐ 3年後検査(基準値以下)	☐ 3年後検査(基準値以下)
1.1ng/mL ~ 3.0ng/mL	☐ 1年後検査(基準値以下)	☐ 1年後検査(基準値以下)	☐ 1年後検査(基準値以下)
3.1ng/mL ~ 3.5ng/mL	☐ 泌尿器科医(専門医)を 受診してください		
3.6ng/mL ~ 4.0ng/mL		☐ 泌尿器科医(専門医)を 受診してください	
4.1ng/mL 以上			☐ 泌尿器科医(専門医)を 受診してください
実施医療機関名		医師名	紹介先医療機関名

①市提出用

3) 精密検査依頼書

令和 年 月 日

前立腺がん検診精密検査依頼書 兼 結果連絡票

医療機関長 様

所 沢 市 医 師 会
所沢市保健センター健康管理課

本状持参の方は、前立腺がん検診の結果、精密検査が必要と思われますので、よろしくご高診をお願いいたします。
なお、恐縮ですが結果がわかり次第、下記の精密検査結果連絡票にご記入のうえ、早めにお知らせくださるよう併せてお願いいたします。

氏 名 :		生 年 月 日 :	
受診者コード :		一次検診受診日 :	
精検受診年月日	令和 年 月 日	一次検診場所 :	
検査内容・結果	貴院での実施 1. あり →	(「1. あり」の場合) 以下の実施した <u>すべての</u> 検査に○をつけてください。 (1) 直腸診 (2) 超音波検査 (3) 血液検査 (4) 生検 (5) その他 ()	
	2. なし (下記に紹介先をご記入ください)		
診断結果	1. 異常なし		
	2. 前立腺がん		
	3. 前立腺肥大		
	4. 前立腺炎		
	5. その他の疾患 ()		
治療指示区分	1. 治療不要 2. 経過観察 3. 手術 4. 放射線療法 5. 薬物療法 6. 他の医療機関に紹介 7. その他 ()		【紹介先】 医療機関名 : _____ 所在地 : _____ 電話番号 : _____
	医療機関	名称 所在地 電話(FAX) 医師名	

4) 請求書

請 求 書

記入例

令和7年度 前立腺がん

(あらかじめ) 所 沢 市 長

作成年月日

令和

7 年

9 月

1 0 日

・代表者名は、市に口座登録をしたとおりに正確にご記入ください。※登録した代表者名がわからない場合は健康管理課へお問い合わせください。

・請求金額以外の欄は、訂正印で訂正が可能です(修正テープ等は不可)。

住 所

所沢市上安松1224-1

名 称

医療法人 航空会 保健センター病院

代表者役職

院長

代表者名

所沢 太郎

登録番号*

T

※課税事業者の内、該当医院のみ記載

請求金額は、下部記載の「①合計」と一致します。

訂正印での訂正は不可。修正する場合書き直します。

提出する検診票を確認し、提出する検診受診日の期間を記入してください

請求金額

¥683,035

前立腺がん検診
(個別)

(令和

7 年

8 月

1 日 ~

令和

7 年

8 月

3 1 日 実施分)

内 訳				
摘 要	単価(税込)	数量	金 額	
前立腺がん検診 個別検査料	5,358	100	535,800	円
前立腺がん検診 個別検査料(一部負担金免除分)	6,358	20	127,160	円
前立腺がん検診 健診同時受診検査料	3,015	0	0	円
前立腺がん検診 健診同時受診検査料(一部負担金免除分)	4,015	5	20,075	円
①合計			683,035	円

※は『軽減税率対象』

消費税			
消費税10%対象金額 ※①と同じ	683,035 円	うち消費税額(10%) ※①÷11	62,094 円
消費税8%対象合計金額	0 円	うち消費税額(8%)	0 円

合計金額の消費税相当分(11で割った額)を記載してください。

※小数点以下切り捨て

健康推進部

令和	年	月	日
検査済	印		

【注意事項】

- ・口座登録の内容(理事長名・院長名、口座名義、住所等)に変更があった場合、速やかに連絡してください。
- ・指定口座への支払いは、請求書を提出いただいてから1~2か月程度かかります。