

被爆者健康診断(精密検査)の事務の手引き

1 制度の概要

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第7条及び同法施行規則第9条に基づき、一般検査の結果より更に精密な検査が必要な者に対して、無料で実施する制度です。

2 精密検査の実施方法

①実施期間	令和7年7月1日(火)～令和7年12月31日(水)												
②検査項目	次に掲げる検査のうちで、一般検査の結果から判断し必要と認められる検査 ア 骨髓造血像検査等の血液の検査 イ 肝臓機能検査等の内臓の検査 ウ 関節機能検査等の運動器の検査 エ 眼底検査等の視器の検査 オ 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査 カ その他必要な検査												
③検診時に必要な書類	受診時、被爆者の方は下記の書類を持参することになっています。 ア 健康診断個人票(一般検査用) ※一般検査の結果です。 イ 健康診断個人票(精密検査用) ※今回の検査の結果を記載する様式です。												
④請求に必要な書類	請求の際は、次の4つの書類を県まで提出ください。 ア 健康診断個人票(精密検査用) イ 原爆被爆者健康診断(精密検査)実施報告書 ウ 精密検査請求内訳 エ 請求書												
⑤請求金額の算定	(1), (2)のいずれか低い額(受診者全員の総額で比較)で請求する。 (1) 下記の基準額で請求する場合 アからカの検査ごとに 基準額(7,028円) × 延べ検査人数 (2) 検査実費で請求する場合 保険診療点数 × 10円 × 1.10(消費税) *1円未満は切り捨てる 一般検査の結果、アからカの必要な検査項目ごとに算定する <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ア 骨髓造血像検査等の血液の検査</td><td style="text-align: right;">7,028円</td></tr> <tr> <td>イ 肝臓機能検査等の内臓の検査</td><td style="text-align: right;">7,028円</td></tr> <tr> <td>ウ 関節機能検査等の運動器の検査</td><td style="text-align: right;">7,028円</td></tr> <tr> <td>エ 眼底検査等の視器の検査</td><td style="text-align: right;">7,028円</td></tr> <tr> <td>オ 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査</td><td style="text-align: right;">7,028円</td></tr> <tr> <td>カ その他必要な検査</td><td style="text-align: right;">7,028円</td></tr> </table>	ア 骨髓造血像検査等の血液の検査	7,028円	イ 肝臓機能検査等の内臓の検査	7,028円	ウ 関節機能検査等の運動器の検査	7,028円	エ 眼底検査等の視器の検査	7,028円	オ 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査	7,028円	カ その他必要な検査	7,028円
ア 骨髓造血像検査等の血液の検査	7,028円												
イ 肝臓機能検査等の内臓の検査	7,028円												
ウ 関節機能検査等の運動器の検査	7,028円												
エ 眼底検査等の視器の検査	7,028円												
オ 胸部エックス線撮影検査等のエックス線検査	7,028円												
カ その他必要な検査	7,028円												

⑥ 請求方法， 時期及び請求先	請求にあたって<u>実施報告書を精密検査実施後10日以内に提出してください</u>。請求は，実施報告書と同時期もしくは実施分をとりまとめの上，「④請求に必要な書類」を添付して，請求してください。 下記の期限までに提出できない場合は，お支払いができない場合がありますので，<u>必ず下記期限までに提出ください</u>。 【最終提出期限】 令和 8年 1月 30日（金） 【提出・問合せ先】 〒890-8577 鹿児島市鴨池新町10番1号 県庁健康増進課疾病対策係 担当：堂原 Tel 099-286-2714 Fax 099-286-5556
⑦ 検診の結果	被爆者の同意を得た上で，検診結果を被爆者健康手帳に記載ください。なお，記録により本人へ健康診断結果通知の代わりとします。
⑧ 検診後の書類の保管・活用	検診後，5年間は健康診断個人表（精密検査用）の写しを必ず保管してください。

原爆被爆者健康診断（精密検査）実施報告書

令和 年 月 日提出

実施機関

実施月日	(A)精密検査 実施人員	(B) (A)のうち 治療を要する 人員	精密検査実施累計		要治療者累計		備 考
			(C)前回報告 までの人員	累計 A+C	(D) 前回報告 までの人員	累計 B+D	
合計							

精密検査請求内訳

＜記載例＞

手帳番号 氏名	実施日	検査内訳			点数合計	金額	基準額	要治療○印		特記すべき 症状
		検査実施項目名	回数	点数				入院	通院	
							7,028			
消費税										
小計										
							7,028			
消費税										
小計										
							7,028			
消費税										
小計										
							7,028			
消費税										
小計										
人数		診療費計 消費税込 合計 請求金額				A	B	AもしくはBの少ない額が請求額		
							0			

様式第四号 (三) (第十一条関係)

整理番号										健康診断個人票 (精密検査用)									
検査 科目	ふりがな				性別	男 ・ 女	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和		被爆者 健康手 帳番号									
	氏 名																		
内	居住地		都道府県		区市郡		町村		番地		職 業								
外	本 籍		都道府県		区市郡		町村		番地										
眼	被爆 時 の 事 情	被爆地		爆心地から約 キロメートル				法第2条に よる区分		第1号・第2号 第3号・第4号									
その他		第一号該当者の被 爆の状況		屋内	木造・コンクリート・石造			屋外	遮蔽の有・無										
		被爆直後の行動(お おむね3週間以内)																	
既往 歴																			
現 症		(理学的検査)																	

様式第四号 (三) (第十一条関係)

(臨床病理学的検査)											
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
血液学的検査	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	血液学的検査 (白血球百分比(%))	好中球				
	赤血球数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³		好中球核				
	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl		分葉核				
	ヘマトクリット	%	%	%	%		好酸球				
	網状赤血球数	%	%	%	%		好塩基球				
	血小板数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³		単球				
							リンパ球				
							リンパ芽球				
	ヘモグロビンA1c	%	%	%	%		後骨髄球				
							骨髄球				
	AST	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l		前骨髄球				
	ALT	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l		骨髄芽球				
	γ-GTP	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l		形質細胞				
	血液生化学的検査							混濁			
						糖					
						尿検査					
CRP		mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	カドリンゲン					
血圧値		最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	最大 mmHg 最小 mmHg	潜血					
その他の検査	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日				
判定	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名			年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				
				無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()	無・有 ()				
治療の要否	治療の要否			(入院) 要・否 (入院外)	(入院) 要・否 (入院外)	(入院) 要・否 (入院外)	(入院) 要・否 (入院外)				
特に記すべき医師の意見											
実施場所											
実施機関名											
担当医師名		印		印		印		印			

(日本工業規格A列4番)