

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(木)
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 骨髄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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>(1) 基準額で請求する場合 基準額(7,028円) × 延べ検査人数</p><p>※ 基準額(7,028円)を超える場合は、自己負担が生じますので、その旨本人の了解をとってください。</p><p>(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</p></div>

<p>⑥ 請求方法、 時期及び 請求先</p>	<p>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もありますので、<u>必ず下記期限までに提出ください。</u></p> <p>【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</p>
<p>⑦ 検診の結果</p>	<p>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、記録により本人への健康診断結果通知の代わりとします。</p>
<p>⑧ 検診後の書類の保管・活用</p>	<p>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。</p>

原爆被爆者健康診斷（精密検査）実施報告書

令和 年 月 日提出

実施機関

精密検査請求内訳

＜記載例＞

様式第四号(三) (第十一條関係)

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 区市町村				番地		職業	
外	本籍	都道府県 区市町村				番地			
眼	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)(第十一條関係)

(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	
血液学的検査	白血球数	/mm ³	/mm ³	/mm ³	/mm ³	好中球	好酸球	好塩基球				
	赤血球数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	分葉核						
	ヘモグロビン	g/dl	g/dl	g/dl	g/dl	好酸球						
	ヘマトクリット	%	%	%	%	好塩基球						
	網状赤血球数	%	%	%	%	单球						
	血小板数	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	万/mm ³	白血球	リンパ球					
						リンパ芽球						
血液生化学的検査					後骨髓球							
	ヘモグロビンALc	%	%	%	%	骨髓球						
	AST	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	前骨髓球						
	ALT	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	骨髓芽球						
	γ-GTP	IU/l	IU/l	IU/l	IU/l	形質細胞						
その他の検査	CRP	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	混濁						
	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	たん白						
						糖						
						カリブリーゲン						
						潜血						
判定	年月日				年月日				年月日		年月日	
	異常の有無及び異常のあるときは、その症状又は診断名				無・有 ()		無・有 ()		無・有 ()		無・有 ()	
	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)