

保険診療支援外来のご案内

(令和6年6月改訂版)



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

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の共同利用施設）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利用ください。

なお、予約申込後に診療情報提供書や検査申込書（消化管内視鏡・X線造影検査除く）を集配便で送付しますので、検査当日までに必要事項をご記入のうえ、ご返送ください。

1) 佐賀県健診・検査センターが保険請求する各種検査

検査項目	担当	予約曜日	予約時間	自己負担金 (3割)
① 上部消化管 X 線造影検査	消化器内科専門医	火～金曜日	9 時～	5,300 円前後
② 上部消化管内視鏡検査		月～金曜日	8 時～	5,100 円前後
③ 下部消化管内視鏡検査		金曜日	8 時～	6,600 円前後
④ 頭部単純 CT 検査	放射線科専門医 診療放射線技師	月～金曜日	13 時 30 分 ～ 15 時 30 分	6,300 円前後
⑤ 胸部単純 CT 検査				
⑥ 上腹部単純 CT 検査				
⑦ 下腹部単純 CT 検査				
⑧ 大腸 CT 検査		水曜日	8 時～	7,800 円前後
⑨ 腹部超音波検査	常勤医、超音波検査士※	月～金曜日	14 時 00 分 ～ 15 時 30 分	2,500 円前後
⑩ 呼吸機能検査	臨床検査技師			1,900 円前後
⑪ 血圧脈波検査				1,200 円前後
⑫ 超音波骨密度検査				1,200 円前後

(初診の場合)

2) 依頼医療機関に保険請求いただく各種検査

検査項目	担当	予約曜日	予約時間	検査料金
① 長時間心電図検査解析 ・ドクターレポート：必要 ・ドクターレポート：不要	循環器科専門医 (判読なし)	(随時)		9,350 円 6,820 円
② 頸動脈超音波検査	常勤医、超音波検査士※	月～金曜日	14 時～15 時 30 分	3,500 円
③ 肝硬度測定検査	超音波検査士※			2,000 円

※健診領域

(税込)

【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～17時00分

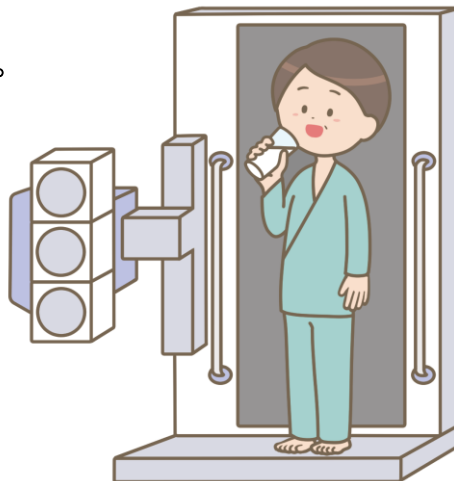
1) 佐賀県健診・検査センターが保険請求する検査一覧

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、バリウムや発泡剤を飲用して、体位変換しながら上部消化管の状態を観察記録します。食道・胃・十二指腸病変の早期発見に有効です。

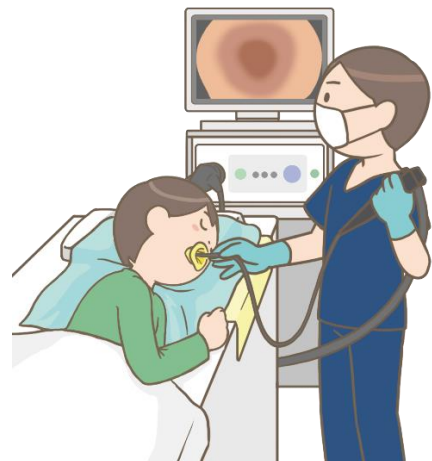
- ◇ 予約曜日：火曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：午前 9 時 ～
- ◇ 定 員：2 名/日
- ◇ 予約申込：電話 (37-3313)
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式任意)を集配便でご提出ください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：20 分程度
※検査前日、22 時以降から絶食となります。
- ◇ 結果報告：結果報告書や画像 (CD-R) を集配便でお届けします (1 週間以内)。
※検査当日、担当医より患者さまに説明します。
- ◇ 自己負担金：5,300 円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



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。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：午前 8 時
- ◇ 定 員：2 名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書（様式任意）を集配便でご提出ください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[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：結果報告書を集配便でお届けします（1 週間以内）。
※検査当日、担当医より患者さまに説明します。
- ◇ 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/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。



③ 下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ)

この検査は、下部消化管汎用ビデオスコープを肛門から挿入して、下部消化管の状態を観察記録します。盲腸・結腸・直腸・肛門病変の早期発見に有効です。

- ◇ 予約曜日：金曜日
- ◇ 予約時間：午前8時
- ◇ 定 員：1名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式任意)を集配便でご提出ください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：30分程度（前処置時間除く）
※検査前日、22時以降から絶食および、下剤服用となります。
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします（1週間以内）。
※検査当日、担当医より患者さまに説明します。
- ◇ 自己負担金：6,600円前後
※組織生検を実施した場合、4,000円前後/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。



④～⑧ 単純 CT 検査：頭部・胸部・腹部・大腸など

◎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、造影剤を使用せずに頭部・胸部・腹部などを観察記録します。特に肺がんの早期発見に有効です。なお、使用装置は 64 列マルチスライス CT です。

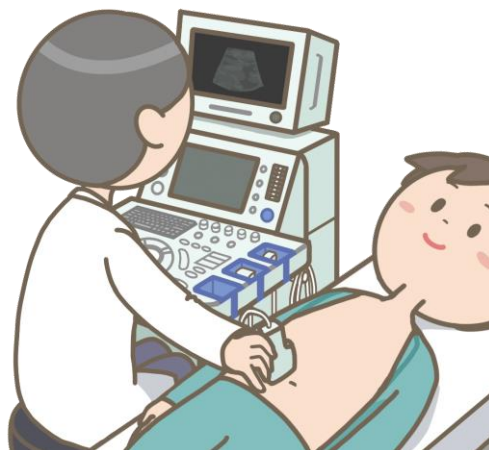
- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日 ※大腸 CT の場合、水曜日
- ◇ 予約時間：13 時 30 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
※大腸 CT の場合、8 時 00 分
- ◇ 定 員：8 名/日 ※大腸 CT の場合、1 名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書（様式 1）を集配便でご提出ください。
※大腸 CT の場合、財団ホームページの『大腸 CT 検査』のご案内をご確認のうえ、お申込みください。
（財団ホームページ→医療機関の皆様へ→保険診療『大腸 CT 検査』のご案内）
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：15 分程度
※腹部 CT の場合、検査当日の昼食は絶食となります。
※大腸 CT の場合、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：結果報告書や画像（CD-R）を集配便でお届けします（1 週間以内）。
- ◇ 自己負担金：6,300 円前後 ※大腸 CT の場合、7,800 円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



⑨ 腹部超音波検査(腹部エコー)

この検査は、腹部に超音波をあて、肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・脾臓・血管などの状態を観察記録します。

- ◇ 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（37-3313）
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式2)を集配便でご提出ください。
※血液検査結果報告書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：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：30分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします（1週間以内）。
- ◇ 自己負担金：2,500円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料250点を算定できます。



⑩ 呼吸機能検査(肺機能)

この検査は、肺の状態を知ることができ、呼吸器疾患の早期発見・早期治療に活用できます。また、肺の健康意識を高めることや禁煙の指導にも活用できます。

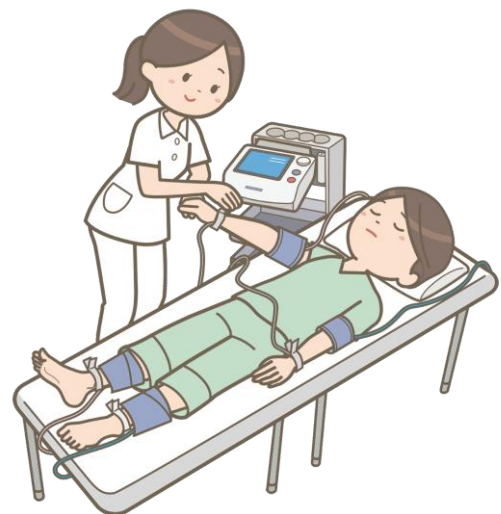
- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話 (37-3313)
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式3)を集配便でご提出ください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：30 分程度
※検査時、深くもしくは強く呼吸しますので、
検査前は軽めの食事をできるだけ早めに済ませてください。
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします (1 週間以内)。
- ◇ 自己負担金：1,900 円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



⑪ 血圧脈波検査

この検査は、手と足の血圧の比較や、脈波の伝わり方を調べるもので、血管の動脈硬化の程度や血管障害などを検出することに有効です。

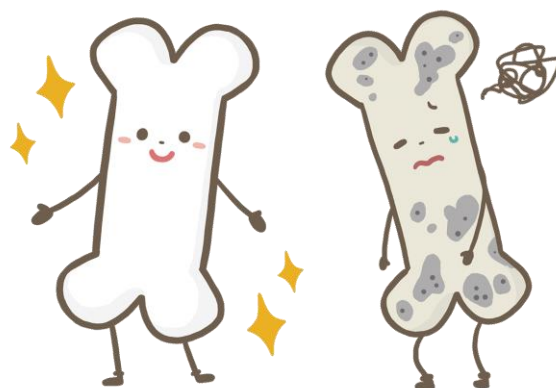
- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
※四肢を強く加圧できない方や 81 歳以上（装置未対応）の方は、
申込できません。また、不整脈のある方の検査結果は参考値となります。
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式3)を集配便でご提出ください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：30 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします（1 週間以内）。
- ◇ 自己負担金：1,200 円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



⑫ 超音波骨密度検査

この検査は、踵の骨の中を超音波が通過するときの速度や量を測定して、踵の骨の骨密度を調べます。骨粗鬆症の診断に有効です。

- ◇ 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：8 名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
※79 歳以上の方は申込できません（装置未対応）。
- ◇ 必要書類：診療情報提供書(様式3)を集配便でご提出ください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証](#)、[自己負担金](#)
- ◇ 検査時間：15 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします（1 週間以内）。
- ◇ 自己負担金：1,200 円前後
- ◇ 備 考：診療情報提供料 250 点を算定できます。



2) 依頼医療機関に保険請求いただく検査一覧

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\(様式4\)](#)、[記録メディア](#)、[行動記録カード](#)、[標準 12 誘導心電図](#)

なお、「ドクターレポート不要」で申し込まれる場合、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。

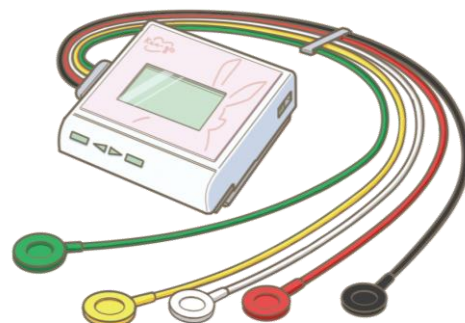
【ホルター心電図に関するお問合せ先】

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(担当:向井・平川・土井・吉永)

TEL 0952-37-3313 FAX 0952-37-3317

受付日時 月曜日～金曜日(祝日除く)

8時00分～17時00分



② 頸動脈超音波検査(頸動脈エコー)

この検査は、動脈硬化の進行度の評価、動脈硬化性血管病変（狭窄病変の有無など）の早期発見に有効で、生活習慣改善の動機付け指導などにも活用できます。

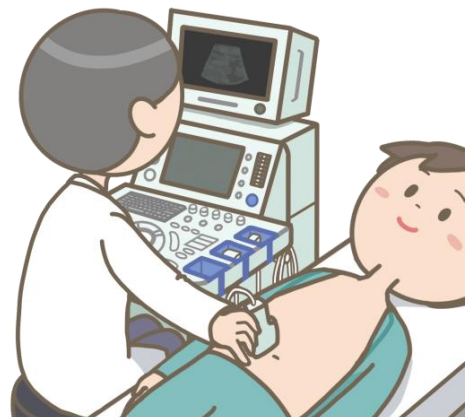
- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14時00分、14時30分、15時00分、15時30分
- ◇ 定 員：4名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
- ◇ 必要書類：頸動脈超音波検査申込書(様式5)を集配便でご提出ください。
※血液検査結果報告書の写しを添付してください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター2F
- ◇ 当日持参：[保険証（本人確認のため）](#)
- ◇ 検査時間：30分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします（1週間以内）。
- ◇ 検査料金：3,500円/例（税込）
- ◇ 備 考：[保険請求（支払基金または国保連合会）をお願いします。](#)



③ 肝硬度測定検査 (Shear Wave Elastography)

この検査は、非侵襲的な方法で肝臓の硬さを測定することにより、肝疾患の進行状態や肝がん発生リスク予測に有効で、肝機能異常や脂肪肝の方にオススメです。

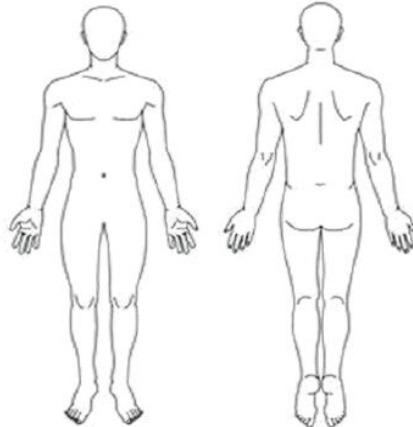
- ◇ 予約曜日：月曜日～金曜日
- ◇ 予約時間：14 時 00 分、14 時 30 分、15 時 00 分、15 時 30 分
- ◇ 定 員：4 名/日
- ◇ 予約申込：電話（37-3313）
- ◇ 必要書類：肝硬度測定検査申込書(様式6)を集配便でご提出ください。
※血液検査結果報告書の写しを添付してください。
- ◇ 検査受付：佐賀県健診・検査センター 2F
- ◇ 当日持参：[保険証（本人確認のため）](#)
- ◇ 検査時間：30 分程度
- ◇ 結果報告：結果報告書を集配便でお届けします（1 週間以内）。
- ◇ 検査料金：2,000 円/例（税込）
- ◇ 備 考：[保険請求（支払基金または国保連合会）をお願いします。](#)



(様式1)

診療情報提供書（単純CT検査）

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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・頸部・胸部・上腹部・下腹部（骨盤部）・歯科領域・（ ）			
●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・不明			

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		

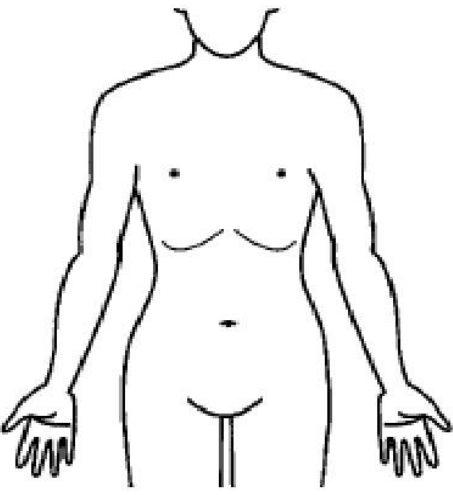


佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

(様式2)

診療情報提供書（腹部超音波検査）

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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			
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			
紹介目的			
●既往歴・症状経過・検査結果・治療経過など			
			



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（呼吸機能・骨密度・血圧脈波）

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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)	
※ご依頼の検査項目に○をつけてください。			
検査項目 呼吸機能 ・ 超音波骨密度 ・ 血圧脈波			
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			



佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

(様式4)

長時間心電図（ホルター）解析申込書

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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 <u>必要</u> ・ <u>不要</u> ※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、 <u>標準12誘導心電図、患者行動記録カード、</u> <u>記録メディア（ICカードまたはSDカード）</u> をご提出ください。				
注2 ドクターレポート不要の場合、 <u>患者行動記録カードと記録メディア（ICカードまたはSDカード）</u> をご提出ください。				
ペースメーカー埋込 <u>有</u> ・ <u>無</u> ※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				



佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

(様式5)

頸動脈超音波検査申込書

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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	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																																																																																										
●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																																																																																								
<table border="1"><tbody><tr><td>・飲酒歴</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr><tr><td>・喫煙歴</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr><tr><td>・脳梗塞の既往</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr><tr><td>・高血圧の治療</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr><tr><td>・糖尿病の治療</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr><tr><td>・脂質異常症の治療</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr><tr><td>・高尿酸血症の治療</td><td>あ</td><td>り</td><td>な</td><td>し</td></tr></tbody></table>		・飲酒歴	あ	り	な	し	・喫煙歴	あ	り	な	し	・脳梗塞の既往	あ	り	な	し	・高血圧の治療	あ	り	な	し	・糖尿病の治療	あ	り	な	し	・脂質異常症の治療	あ	り	な	し	・高尿酸血症の治療	あ	り	な	し	<table border="1"><thead><tr><th>検査日</th><th>年</th><th>月</th><th>日</th></tr></thead><tbody><tr><td>・身長</td><td></td><td></td><td>cm</td></tr><tr><td>・体重</td><td></td><td></td><td>kg</td></tr><tr><td>・BMI</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・腹囲</td><td></td><td></td><td>cm</td></tr><tr><td>・血圧</td><td></td><td></td><td>/</td></tr><tr><td>・総コレステロール</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・HDL</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・LDL</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・中性脂肪</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・空腹時血糖</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・ヘモグロビンA1c</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>・尿酸値</td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		検査日	年	月	日	・身長			cm	・体重			kg	・BMI				・腹囲			cm	・血圧			/	・総コレステロール				・HDL				・LDL				・中性脂肪				・空腹時血糖				・ヘモグロビンA1c				・尿酸値			
・飲酒歴	あ	り	な	し																																																																																						
・喫煙歴	あ	り	な	し																																																																																						
・脳梗塞の既往	あ	り	な	し																																																																																						
・高血圧の治療	あ	り	な	し																																																																																						
・糖尿病の治療	あ	り	な	し																																																																																						
・脂質異常症の治療	あ	り	な	し																																																																																						
・高尿酸血症の治療	あ	り	な	し																																																																																						
検査日	年	月	日																																																																																							
・身長			cm																																																																																							
・体重			kg																																																																																							
・BMI																																																																																										
・腹囲			cm																																																																																							
・血圧			/																																																																																							
・総コレステロール																																																																																										
・HDL																																																																																										
・LDL																																																																																										
・中性脂肪																																																																																										
・空腹時血糖																																																																																										
・ヘモグロビンA1c																																																																																										
・尿酸値																																																																																										
●特記事項（経過など）																																																																																										



佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

(様式6)

肝硬度測定検査申込書 (Shear Wave Elastography)

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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		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。				●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>・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	<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)

診療情報提供書（大腸CT検査）

※紹介元医療機関にて、下記の太枠内をご記入ください。

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 _____ ④					
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							
							
				●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

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

◆ 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 15 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】