

入札公告

物品調達等及び委託役務

次のとおり、条件付一般競争入札を実施するので、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の6の規定により公告する。

この入札公告に定めるもののほか、入札に関して必要な事項は、東広島市物品調達等及び委託役務条件付一般競争入札公告共通事項及び同細則による。

令和3年6月21日

東広島市長 高垣 廣徳

1 入札に付する事項

(1) 物品・委託役務の名称	令和3年度元気すこやか健診（医療機関健診）データ入力業務
(2) 物品・委託役務管理番号	13030023
(3) 物品委託役務内容	元気すこやか健診（医療機関健診）受診者の検査数値・判定・質問票等の健診結果を電磁的記憶媒体にデータとして記録し、成果品として納品するもの。
(4) 納入・履行期間	契約締結日の翌日から令和4年3月31日まで
(5) 納入・履行（就業）場所	受注者が所管する作業場で発注者に届け出た場所
(6) 予定価格	落札後公表
(7) 最低制限価格	なし
(8) 入札方式	一般競争入札
(9) 入札区分	紙入札
(10) 使用する契約約款	業務委託契約約款（成果物の製造）
(11) 契約種別	複数単価契約
(12) 収入印紙	要

2 競争入札に参加する者に必要な資格に関する事項

次に掲げる要件を全て満たしていること。

ア	令和3年1月1日～令和6年12月31日までの東広島市物品役務等競争入札参加資格として次の入札参加資格認定区分の認定を受けている者	情報処理>データパンチ入力
イ	法令等による登録等	次のいずれか ・一般財団法人日本情報経済社会推進協会（以下「JIPDEC」という。）からプライバシーマークの付与を受けていること。 ・JIPDECから認定を受けた認証機関による情報セキュリティマネジメントシステム（ISMS）適合性評価制度の認証を取得していること。
ウ	技術者	問わないものとする。
エ	営業所等所在地 ※本店とは、法人にあっては登記されている本店とし、個人事業者にあっては営業活動の本拠を置いている場所とする。 ※営業所とは、法人においてその所在する市（町）の法人市（町）民税の申告のある営業所とする。	広島県内に本店を有する者。
オ	会社の履行実績	問わないものとする。
カ	その他	令和元年8月26日付け「東広島市物品調達等及び委託役務条件付一般競争入札公告共通事項」の2（1）のいずれにも該当しないこと。

3 その他の入札条件

- 入札書は、本市所定の様式（東広島市物品調達等及び委託役務競争入札心得（平成21年東広島市告示第83号。）別様式第4号）によらず、本公告において定める様式「複数単価契約入札書（令和3年6月21日公告・令和3年度元気すこやか健診（医療機関健診）データ入力業務）」とする。
- 消費税に係る課税事業者にあつては、「単価」の欄の記載金額は、消費税及び地方消費税の額を含まない1銭（0.01円）以上の額とし、有効桁数は小数第2位とする。また、「単価」の欄の記載金額を契約単価とする。
- 消費税に係る免税事業者にあつては、「単価」の欄の記載金額は、契約希望単価の110分の100に相当する1銭（0.01円）以上の額とし、有効桁数は小数第2位とする。ただし、当該金額の10パーセントに相当する額（当該額に小数第2位未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てるものとする。）を加算した金額を契約単価とする。
- 「単価×発注予定数量」の欄には、単価と発注予定数量を乗じて計算した額を記載すること。
- 「入札金額（合計）」の欄には、「単価×発注予定数量」に記載した金額の合計を記載すること。
- 上記(1)～(5)によらない入札書は、その入札を無効とする。

4 日程等

手続き等	期間・期日等	場所・留意事項
ア 公告日	令和3年6月21日	東広島市ホームページに掲載及び東広島市総務部契約課（契約担当課）で閲覧に供する。 閲覧場所は「6 問い合わせ先（契約担当課）」に記載のとおり。
イ 仕様書及び見本等閲覧期間	令和3年6月21日～ 令和3年7月9日	東広島市ホームページに掲載及び契約担当課で閲覧に供する。 見本等の有無：有
ウ 同等品確認期間（物品の買入れ及び借入れに限る）		同等品で応札する場合は、同等品規格確認票（東広島市物品調達等及び委託役務競争契約入札心得（平成21年東広島市告示第83号。以下「入札心得」という。）別記様式第2号（第4条関係）により発注担当課へ持参またはファックスすること。ファックスする場合は、その旨を発注担当課へ事前に電話連絡すること。 なお、同等品確認に対する認定のない同等品での応札は認めない。同等品規格確認票の提出先は、「オ 質問書提出期間」に記載の発注担当課とする。
エ 同等品確認回答閲覧期間		東広島市ホームページに掲載及び発注担当課で閲覧に供する。
オ 質問書提出期間	令和3年6月21日～ 令和3年6月28日 (午前8時30分～午後5時15分)	質問書は、本市所定の様式（東広島市物品調達等及び委託役務競争入札心得（平成21年東広島市告示第83号）別記様式第1号（第4条関係））により発注担当課へ持参またはファックスすること。ファックスする場合は、その旨を発注担当課へ事前に電話連絡すること。 健康福祉部 医療保健課（発注担当課） 東広島市西条栄町8番29号（本庁本館2階） 電話番号 082-420-0936 /ファックス番号 082-422-2416 質問書提出期間終了後の質問は受け付けない。 質問書の様式は東広島市ホームページからダウンロードできる。
カ 回答書閲覧期間	令和3年7月1日～ 令和3年7月9日	東広島市ホームページに掲載及び発注担当課で閲覧に供する。
キ 入札期間	令和3年7月7日～ 令和3年7月8日 (午前9時00分～午後5時00分)	入札場所 東広島市総務部契約課（契約担当課） 東広島市西条栄町8番29号（本庁本館4階） 入札書は入札期間内に総務部契約課に持参して入札箱に投入すること。 初度の入札書は、入札の権限を有している者が記名押印し、使用印鑑として本市に届け出ている印鑑を押印すること。（ただし、入札書に記載した日付以前に作成された委任状の同封・提出がある場合を除く。） 特別の事由により郵便により入札書を提出しようとする者は、東広島市物品調達等及び委託役務条件付一般競争入札公告共通事項細則に定めるところによるものであること。
ク 開札日時	令和3年7月9日 午前11時10分	開札場所 入札室（東広島市西条栄町8番29号 本庁本館4階） 開札の結果、予定価格の制限の範囲内の価格をもって有効な入札がないときは、開札日の翌日以降に再度の入札（1回目）を実施するものとする。再度の入札（1回目）は、開札の立ち会いの有無に関わらず初度の入札参加者全員が参加できるものとする。 再度の入札（1回目）を実施する日時、場所等の詳細は初度の入札に参加した者に対してファックスにより通知を行う。 再度の入札（1回目）の結果、予定価格の制限の範囲内での入札がなかったときは、直ちに入札会場で再度の入札（2回目）を行う。 再度の入札は、2回目まで行う。

5 資格要件確認資料の提出

本案件は、入札に参加する者に必要な資格を確認するために必要な資料（以下「資格要件確認資料」という。）の提出を求めない。

(1) 提出書類

書類の区分	提出書類 (○印)	備考
ア 入札参加資格確認申請書		様式は、東広島市ホームページからダウンロードできる。
イ 入札参加資格要件総括表		
ウ 誓約書		
エ 配置予定技術者届出書		
オ 履行実績確認表		
カ 履行実績証明書（物品・委託役務）		
キ 法令等による登録等を確認するための資料		
ク その他		

(2) 提出部数は、1部とし、提出した資格要件確認資料は、返却しない。

(3) 提出期限

(4) 提出先 「6 問い合わせ先（契約担当課）」のとおり。

(5) その他

入札参加者は、資格要件確認資料を指定された提出期限までに提出できるよう事前に準備しておくこと。

資格要件確認資料の作成及び提出に要する費用は、提出者の負担とする。

資格要件の審査のために必要があると認めるときは、期限を定めて資格要件確認資料の補正や追加資料の提出を求めることがある。

資格要件確認資料に虚偽の記載をした者に対しては、指名除外措置を行うことがある。

6 問い合わせ先（契約担当課）

総務部契約課 物品役務係
東広島市西条栄町8番29号（本庁本館4階）
電話番号 082-420-0930
ファックス番号 082-431-0077

令和3年度元気すこやか健診（医療機関健診）データ入力業務 仕様書

1 目的

本業務は、受診者の検査数値・判定・質問票等の健診結果（以下「個人情報」という。）を電磁的記憶媒体にデータとして記録することにより、東広島市健康福祉部医療保健課の電子計算機処理の正確性と作業効率の向上を図ることを目的とする業務である。

2 履行期間

契約締結日の翌日から令和4年3月31日まで

3 履行場所

(1) 履行場所 受注者が所管する作業場で発注者に届け出た場所

(2) 履行場所の要件

作業場は、次の要件を満たすものとし、契約締結後に作業場の所在地及び連絡先等を発注者に届け出ること。また、発注者が作業場への立入検査を求めたときは、受注者側の業務実施責任者の立ち合いのもとで応じること。

ア 履行場所の保管物の保安と施錠について受注者が管理権限を有していること。

イ 情報保護には、必要かつ十分な管理的措置が講じられていること。

ウ 火災や自然災害等に対しても保管物を厳重・安全に管理できる頑強な構造の建築物内であること。

4 準拠する法令等

本業務は、次に掲げる法令等に準拠して実施するものである。

- (1) 健康増進法（平成14年法律第103号）
- (2) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）
- (3) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）
- (4) 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）
- (5) 東広島市個人情報保護条例（平成13年東広島市条例第6号）
- (6) 東広島市契約規則（平成20年東広島市規則第14号）
- (7) その他の関係法令

5 履行日程

工程	実施時期
(1) 事前テストデータ及び健診資料の貸与	契約締結後、即時
(2) 事前テスト	令和3年8月5日（木）までに完了
(3) 受診票（書類）貸与（初回）	令和3年8月13日（金）
(4) 受診票（書類）貸与（2回目以降）	履行月の5日
(5) 成果品の受け渡し（USBメモリ2本）	履行翌月の5日

※（4）、（5）5日が閉庁日の場合は、翌開庁日とする。

6 業務内容

(1) 令和3年度がん検診等の受診者結果データ（以下「受診結果データ」という。）作成及び電子化ファイルの作成

ア パンチ項目及びパンチ方法
別紙様式に基づく。

イ ファイル形式
XMLファイル形式（CSV（カンマ区切り））

ウ 受渡し媒体

事前テストデータの貸与や受診結果データの納品時に使用する記憶媒体はUSBメモリとし、受注者において次の規格を満たすUSBメモリを2本準備すること。

〈USBメモリ規格〉

- ・容量が16GB以上であること。
- ・USB3.0/2.0に対応していること
- ・自動暗号化機能があること
- ・パスワード機能があること

エ データ受渡し方法

直接手交するものとする。

オ 納品物

データファイル

カ 納期

受診票手交（月1回）後、4週間以内。

(2) 事前テスト

受注者は、健診項目ごとの事前テストを最低1回は必ず行うこととする。事前テストのデータの受渡しは、履行前期間内に行うこと。本市が受注者から受け取った事前テストデータを本市システムに取り込んだ際に不具合が発生した場合は、パンチレイアウトを修正し、システム取込が正常に完了するまで、データの受渡しを繰り返し行うこととする。

なお、事前テストに伴う健診資料は、発注者において準備する。受注者は、本業務の従事者を発注者との間でデータの運搬・授受にあたらせる場合には、職員証を必ず携帯させ、授受の際に発注者の主任担当者に職員証を提示させなければならない。

※テスト作業に要する費用は、受注者の負担とし、委託料の支払いは行わない。

(3) 受診票等の貸与

受診票等は、書類で提供する。

(4) データ検証

受注者は検証入力（ベリファイ）を最低1回は必ず行うこととする。

(5) 受診結果データを記憶したUSBメモリ及び受診票等の授受を行う場所

東広島市西条栄町8番29号 東広島市健康福祉部医療保健課

(6) 貸与品の引渡しに係る借用書の提出

受注者は、「6（3） 受診票等の貸与」の書類の引渡しを受けたときは、遅滞なく発注者に別紙1「借用書」を提出しなければならない。

(7) 納品

受注者において準備し、受診結果データを記憶したUSBメモリを別紙2「納品書」とともに納品すること。

(8) 検査

納品物を発注者が検査する。検査の結果、入力ミス又は本市システムに取り込んだ際に不具合の発生が認められる場合には、再度データ検証を要求する場合がある。

(9) 契約不適合

業務完了後、納入した成果物が、種類または品質に関して契約の内容に適合しないものであるときは、発注者の指示に従い、受注者の負担において必要な作業を行うものとする。

(10) 守秘義務

業務の実施に当たり、業務上知り得た個人情報を他に漏らしてはならない。契約期間が満了した後及び契約が解除された後も同様とする。

(11) 個人情報の保護

業務を処理するために個人情報を取り扱う場合は、その取扱いにより個人の権利利益を侵すことのないよう最大限努めなければならない。

(12) 目的外使用の禁止

業務の実施に当たり受診者の個人情報・業務の履行に関し、作成された入力帳票・カード・フロッピーディスク・磁気テープ・磁気ディスクその他記録媒体に記録された情報を業務の履行以外の用途に使用してはならない。

(13) 複写・複製等の禁止

業務の履行に関し、作成されたデータを複写若しくは複製又は第三者に提供してはならない。

(14) 再委託の禁止

受注者は、委託業務の全部又は一部を第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。

(15) データ等の適正な管理

業務履行に関し、作成されたデータ並びにシステムフローチャート・処理規準書・入力帳票・設計書・ファイル設計書・プログラム説明書・プログラムフローチャート・プログラムリスト・コードブックその他業務の履行に必要な書類及びプログラムの授受、処理、USBメモリの運搬、保管等に当たっては、漏えい、滅失、き損、紛失、盗難等がないよう必要な管理・措置を講じること。

これらを適正管理するために、管理責任体制を明確にし、防災防犯対策その他安全対策を講じなければならない。

(16) データの廃棄

業務の契約が完了したとき若しくは契約が解除されたとき又は業務の内容が変更されたときは、発注者の指示に従いデータ・システムフローチャート等を廃棄しなければならない。

廃棄については、焼却・シュレッダー等による裁断、消去等、当該データが第三者の利用に供されることのない方法によらなければならない。

また、本業務の履行に伴い使用するUSBメモリについても、適切にデータ消去等、処置すること。

業務契約が完了したときには、別紙3「データ消去・廃棄証明書」を提出しなければならない。

(17) 事故の発生の通知

契約成果物の引渡し前に、当該契約成果物、データ・システムフローチャート・USBメモリ

等に火災、盗難等の事故が生じたときは、直ちに書面により発注者に通知し、発注者の指示に従わなければならない。

(18) 損害賠償について

守秘義務違反あるいは事故等により個人情報が出た場合、そのことによって生じた発注者の損害を、契約額との多寡に関わらず、全額発注者に対して賠償するものとする。

7 委託料の支払

(1) 委託料の計算方法

本業務にかかる委託料の支払は次表に示す履行分類ごとの単価に履行数量を乗じて計算した額とし、計算方法は次のとおりとする。なお、履行数量の確定は、業務完了検査により行うため、業務完了後に受注者が提出する委託業務完了通知書において履行分類ごとの履行数量を記載すること。また、部分払金の請求に係る履行報告にあっても同様とする。

ア 消費税及び地方消費税に係る課税事業者の場合

次表に示す履行分類ごとの単価に、それぞれ当該履行分類における履行数量を乗じて計算した額を合計した額に、当該合計額の100分の10に相当する額（その額に円単位未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額）を加算して計算した額。なお、計算過程における履行分類ごとの合計金額に円単位未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。

イ 消費税及び地方消費税に係る免税事業者の場合

次表に示す履行分類ごとの単価に、それぞれ当該履行分類における履行数量を乗じて計算した額を合計した額。なお、計算過程における履行分類ごとの合計金額に円単位未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。

履行分類	契約単価（円/件）	発注予定数量（件）
基本健康診査		250
基本健康診査後期高齢用		4,600
肝炎ウイルス検診		1,400
肺がん検診		8,900
胃がん検診		5,900
大腸がん検診		8,300
子宮頸がん検診		3,700
乳がん検診		2,400
前立腺がん検診		2,900
歯周疾患検診		200

※契約単価は、小数第2位までを有効桁数とする。

(2) 委託料（単価契約）に含むもの

受診票回収及びデータ納品については、入札金額に含めることとする。なお、受診票回収及びデータ納品のうち、入力ミス又は本市システムに取り込んだ際に不具合の発生が認められ、再度デー

タ検証を行った場合及び事前テスト実施に伴う場合は、受注者の負担により行う。その他一切の経費についても上記契約単価に含むものとする。

(3) 発注予定数量について

本業務においてデータ化を依頼する件数には変動がある。ただし、上限・下限は次のとおりとする。履行数量がこの上限・下限の範囲を超えるときは発注者と受注者が委託料（単価を含む。）について協議の上、必要があると認めるときは変更契約の締結を行うものとする。

履行分類	下限～上限（件）
基本健康診査	70～250
基本健康診査後期高齢用	1,600～4,600
肝炎ウイルス検診	600～1,400
肺がん検診	4,100～8,900
胃がん検診	2,900～5,900
大腸がん検診	3,900～8,300
子宮頸がん検診	1,700～3,700
乳がん検診	1,200～2,400
前立腺がん検診	1,200～2,900
歯周疾患検診	70～200

※肝炎ウイルス検診無料クーポン券終了による件数見込み。

(4) 部分払

ア 本委託は、部分払金を次のとおり請求できるものとする。

履行区分	支払金額	支払種別
8月から2月までの各月履行分	当該月の履行報告分について、上記（1）に定める方法により計算した額	部分払 （部分引渡し）
3月履行分		完了払

イ 部分払金を請求しようとするときは、当該履行区分の履行報告を行っていないなければならない。

8 その他

この仕様書に定めのない事項については、別途協議して定めるものとする。

9 問い合わせ先（発注担当課）

東広島市健康福祉部医療保健課健康支援係

電 話 （082）420-0936

F A X （082）422-2416

【参考】受診票

元気すこやか健診受診票(基本健診)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	-	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・超	
医師名	氏名	男・女	歳	年 月 日生
医療機関記入権	受診券番号(受診券を忘れた場合のみ記入)	無料証明書	()内に健診種別番号を記入	肝炎ウイルス検査の同時実施
		有・無	基本健診()	有・無

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄	
1. 次の質問にお答えください。あてはまるものに○をつけてください。	
1 現在、血圧を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
2 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか。	① はい ② いいえ
3 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでいますか。	① はい ② いいえ
4 医師から脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
5 医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	① はい ② いいえ
6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	① はい ② いいえ
7 医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 <small>※「合計100本以上、又は3ヶ月以上吸っている者」であり、最近3ヶ月間も吸っている者</small>	① はい ② いいえ
9 20歳の時の体重から、10kg以上増加している。	① はい ② いいえ
10 1回30分以上の軽く汗をかき運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	① はい ② いいえ
11 日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	① はい ② いいえ
12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	① はい ② いいえ
13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。 ①何でもかんで食べることができる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない	
14 人と比較して食べる速度が速い。	①速い ②ふつう ③遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
16 朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ
18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	①毎日 ②時々 ③ほとんど飲まない(飲めない)
19 飲酒日の1日あたりの飲酒量 <small>日本酒1合(180ml)の日量: ビール500ml、焼酎(25度)110ml、ウイスキーダブル1杯(90ml)、ワイン2杯(240ml)</small>	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3合以上
20 睡眠で休養が十分とれている。	① はい ② いいえ
2. 現在、気になる症状があれば記入してください。	

医師記入欄			
計測	身長	cm	
	体重	kg	
	BMI		
	腹囲 <small>(肚臍以上1cm)</small>	cm	
採検査	血圧	/ mmHg	
	糖		
	①-	②±	③+
	④++	⑤+++	⑥++++
	蛋白		
	①-	②±	③+
脂質	④++	⑤+++	⑥++++
	中性脂肪		
		mg/dl	
	HDLコレステロール		
肝機能		mg/dl	
	LDLコレステロール		
		mg/dl	
	GOT(AST)		
腎機能		IU/l	
	GPT(ALT)		
		IU/l	
	γ-GTP		
		IU/l	
血糖値は①又は②のどちらかを検査する			
糖代謝	①空腹時血糖値(食後10時間以上)		
		mg/dl	
	②随時血糖値(食後10時間未満)		
		mg/dl	
	ヘモグロビンA1c(NGSP値)		
		%	
	クレアチニン		
		mg/dl	

医師記入欄	1. 所見	2. 基本健診判定
		1. 高血圧症 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
		2. 脂質異常症 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
		3. 肝臓病 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
	4. 糖尿病 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中	
	5. 腎機能 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中	
	6. その他 ()	
	3. 日常生活で気をつけること	
	4. 詳細な健診の結果	<small>健診種別2, 9の入で、貧血検査は同診又は複診にて、心電図検査は当該年の健診結果等において、血圧が受診勧奨判定値以上の者又は同診等で不整脈が検出される者のうち、医師が必要と認める者、脂質検査は当該年の健診結果等において、念入又は自験検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認める者、血清クレアチニン検査は血圧又は血糖検査が受診勧奨判定値以上の者のうち、医師が必要と認める者が対象</small>
	実施理由	
	貧血検査 Ht: () Hb: (g/dl) RBC: (万/mm ³) 判定: ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中	
	心電図検査 判定: ①所見なし ②所見あり 所見 ()	
	眼底検査 KW: H: S: SCOTT: 所見 ()	
	血清クレアチニン検査 ng/dl 所見 ()	

(医療機関 → 医師会 → 東広島市)

元気すこやか健診受診票(基本健診後期高齢用)

受診年月日 医療機関名 医師名	住所 東広島市 ふりがな 氏名 男・女 受診券番号	TEL - - 年度末年齢 大・昭 歳 年 月 日生 ()内に健診種別番号を記入 肝炎ウイルス検診の同時実施 基本健診() 有・無
-------------------------------	---	---

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄		医師記入欄		
1. 次の質問にお答えください。あてはまるものに○をつけてください。		計 身長 _____ cm 体重 _____ kg 測 BMI _____ 血圧 _____ / _____ mmHg 尿 糖 ①- ②± ③+ ④++ ⑤+++ ⑥++++ 査 蛋白 ①- ②± ③+ ④++ ⑤+++ ⑥++++ 脂 中性脂肪 _____ mg/dl HDLコレステロール _____ mg/dl 質 LDLコレステロール _____ mg/dl 肝 GOT(AST) _____ IU/l GPT(ALT) _____ IU/l 能 γ-GTP _____ IU/l 糖 空腹時血糖値(食後10時間以上) _____ mg/dl 代 ヘモグロビンA1c(NGSP値) _____ % 謝 腎 クレアチニン _____ mg/dl 能		
1 現在、血圧を下げる薬を飲んでますか	① はい ② いいえ			
2 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか	① はい ② いいえ			
3 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでますか	① はい ② いいえ			
4 あなたの現在の健康状態はいかがですか	① よい ② まあよい ③ ふつう ④ あまりよくない ⑤ よくない			
5 毎日の生活に満足していますか	① 満足 ② やや満足 ③ やや不満 ④ 不満			
6 1日3食きちんと食べていますか	① はい ② いいえ			
7 半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか(※)さきいか、たくあんなど	① はい ② いいえ			
8 お茶や汁物等でむせることがありますか	① はい ② いいえ			
9 6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	① はい ② いいえ			
10 以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	① はい ② いいえ			
11 この1年間に転んだことがありますか	① はい ② いいえ			
12 ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか	① はい ② いいえ			
13 まわりの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	① はい ② いいえ			
14 今日が何月何日かわからない時がありますか	① はい ② いいえ			
15 あなたはたばこを吸いますか	① 吸っている ② 吸っていない ③ やめた			
16 週に1回以上は外出していますか	① はい ② いいえ			
17 ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	① はい ② いいえ			
18 体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	① はい ② いいえ			
2. 現在、気になる症状があれば記入してください。				

医師記入欄	1. 所見	2. 基本健診判定
		1. 高血圧症 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
		2. 脂質異常症 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
	3. 日常生活で気をつけること	3. 肝臓病 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
		4. 糖尿病 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
		5. 腎機能 ①異常なし ②要指導 ③要医療 ④加療中
	6. その他 ()	

0208

(医療機関 → 医師会 → 東広島市)

元気すこやか健診受診票 (B型・C型肝炎ウイルス検査)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	-	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大	昭
医師名	氏名	男・女	歳	年 月 日生
	受診券番号	無料証明書	他の血液検査の同時実施の有無	
	医療機関記入欄	有・無	有〔基本・特定〕・無	

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄

- 元気すこやか健診以外で肝炎ウイルス検診を受ける予定がありますか。はい ・ いいえ
- 肝臓病にかかったことや肝機能が悪いと言われたことがありますか。はい(年頃) ・ いいえ
- 広範な外科的処置(大きな手術など)を受けたことがありますか。はい(年頃) ・ いいえ
- (女性のみ)妊娠・分娩時に多量に出血したことがありますか。はい(年頃) ・ いいえ
- 3または4で「はい」と答えた方に伺います。
定期的に肝機能検査を受けていますか。はい ・ いいえ
- これまで、B型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。はい(年頃) ・ いいえ ・ 分からない
↳ (結果: 陽性 ・ 陰性 ・ 不明)
- これまで、C型肝炎ウイルス検査を受けたことがありますか。はい(年頃) ・ いいえ ・ 分からない
↳ (結果: 陽性 ・ 陰性 ・ 不明)
- 現在又は過去に、B型肝炎の治療を受けていますか。はい(年頃) ・ いいえ ・ 分からない
- 現在又は過去に、C型肝炎の治療を受けていますか。はい(年頃) ・ いいえ ・ 分からない
- 肝炎ウイルス検査はB型・C型肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)を発見し、早期に適切な治療に結びつけることを目的に実施するものです。検診の目的等について理解した上で、肝炎ウイルス検診を希望しますか。

B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査)・C型肝炎ウイルス検査について

希望する ・ 希望しない

氏名

(自署してください)

判定

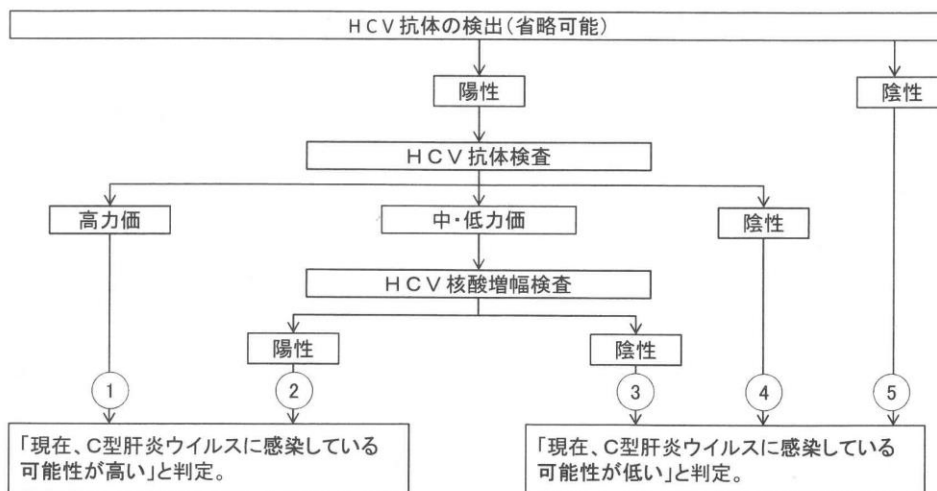
(B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査))

1 陽性 紹介状発行 2 陰性

(C型肝炎ウイルス検査)

1 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が高い。 判定理由 ① ・ ② 紹介状発行
2 現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い。 判定理由 ③ ・ ④ ・ ⑤

医師記入欄




注: 今回の検査で、B型肝炎ウイルス検査が「陽性」の場合、または「C型肝炎ウイルスに感染している可能性が低い」場合も、自覚症状等があれば医師に相談してください。

元気すこやか健診受診票(肺・胃・大腸がん検診)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭
医師名	氏名	男・女	歳 年 月 日生
①	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書 有・無

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄 (該当する検診について、記入してください)	共通問診欄	1. 現在治療中の病気があれば記入してください。() 2. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。 ① 肺炎 ② 慢性気管支炎 ③ ぜんそく ④ 胸膜炎(肋膜炎) ⑤ 肺結核 ⑥ 胸部の手術(歳) ⑦ 心臓病 ⑧ 胃腸の病気() ⑨ 胃腸の手術(歳) ⑩ 腸閉塞 ⑪ 前立腺肥大症 ⑫ 緑内障 ⑬ 薬に対するアレルギー(薬剤名:) 3. 血縁関係のある人で、がんにかかった人がいますか。 ① 祖父母(部位:) ② 父母(部位:) ③ 兄弟姉妹(部位:)		
	肺がん検診	胃がん検診	大腸がん検診	
	これまでに肺がん検診を受けたことがありますか。 ある(年 月頃)・なし	これまでに胃がん検診を受けたことがありますか。 ある(バリウム・内視鏡 年 月頃)・なし	これまでに大腸がん検診を受けたことがありますか。 ある(年 月頃)・なし	
	1) タバコを吸っていますか。 ① 現在吸っている(開始年齢 歳) 本× 年 = (1日に吸う本数) (吸っている年数) (喫煙指数) ② やめた(歳～ 歳まで、1日に約 本) ③ 吸ったことがない 2) じん肺・石綿作業をしたことがありますか(有・無) 3) 妊娠中又は妊娠の可能性がありますが(有・無) 4) 最近の体調について、○をつけてください。 ① 咳が長く続く ② 痰がよく出る ③ 胸痛が続く ④ 痰に血が混じる(6ヶ月以内) ⑤ 息切れがする ⑥ その他()	1) 妊娠中又は妊娠の可能性がありますが(有・無) 2) 最近の体調について、○をつけてください。 ① 体重が減った ② 食欲がない ③ 胃がもたれる ④ 胃が痛む(食後・空腹時・その他) ⑤ 胸やけがする、げっぷがでる ⑥ 吐き気、吐くことがある ⑦ 便秘しやすい ⑧ 下痢しやすい ⑨ バリウムでアレルギー症状がある ⑩ その他()	1) 便通は 日に 回 2) 最近の体調について、○をつけてください。 ① 体重が減った ② 食欲がない ③ 便の回数が多い ④ 便が細い ⑤ 便に血が混じる ⑥ 便が黒っぽい ⑦ 下痢と便秘を繰り返す ⑧ 下腹部にしこりがある ⑨ 痔がある ⑩ その他()	

医師記入欄 (該当するものに○をつけてください)	肺がん検診所見	胃がん検診所見	大腸がん検診所見											
	胸部エックス線検査	検査	判定											
	 左図に図示及び説明	① バリウム検査 ② 内視鏡検査(既往等により①の検査が不可の場合)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1回目</td> <td style="text-align: center;">2回目</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center; vertical-align: middle;">判定</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">+</td> <td style="text-align: center;">+</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">定量 ()ng/ml</td> <td style="text-align: center;">定量 ()ng/ml</td> </tr> </table>			1回目	2回目	判定	-	-	+	+	定量 ()ng/ml	定量 ()ng/ml
		1回目	2回目											
判定	-	-												
	+	+												
	定量 ()ng/ml	定量 ()ng/ml												
① A ② B ③ C ④ D ⑤ E A: 読影不能 B: 異常所見を認めない C: 異常所見を認めるが精査を必要としない D: 異常所見を認めるが肺がん以外の疾患が考えられる E: 肺がんの疑い	部位	所見												
喀痰細胞診 (50歳以上で喫煙指数が600以上) ① A ② B ③ C ④ D ⑤ E A: 喀痰中に組織球を認めない B: 正常上皮細胞のみ、基底細胞増生、軽度異形型扁平上皮細胞、絨毛円柱上皮細胞 C: 中等度異形型扁平上皮細胞、核の増大や濃染を伴う円柱上皮細胞 D: 高度(境界)異形型扁平上皮細胞 または悪性腫瘍の疑いのある細胞を認める E: 悪性腫瘍細胞を認める	判定	判定												
□ 精密検査実施済 日付(/ /) 検査方法() 結果() 判定(放置可 経過観察 要治療) □ 精密検査実施予定 □ 他機関紹介(紹介状発行)	□ 精密検査実施済 日付(/ /) 検査方法() 結果() 判定(放置可 経過観察 要治療) □ 精密検査実施予定 □ 他機関紹介(紹介状発行)	□ 精密検査実施済 日付(/ /) 検査方法() 結果() 判定(放置可 経過観察 要治療) □ 精密検査実施予定 □ 他機関紹介(紹介状発行)												

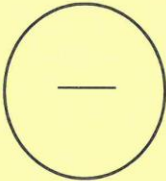
元気すこやか健診受診票(子宮頸がん検診)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	— —
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭・平
医師名	氏名	歳	年 月 日生
㊞	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書 有・無

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄	1. これまでに子宮頸がん検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある(平成 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> なし ↳ 検診結果 <input type="checkbox"/> 異常あり() <input type="checkbox"/> 異常なし
	2. 今まで子宮の病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 : 歳) <input type="checkbox"/> 現在治療中
	3. 月経について記入してください。 初潮(歳) / 閉経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳) 最近の月経(月 日から 日間)
	4. 妊娠歴について記入してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(妊娠回数 回 / 分娩 回)
	5. 最近の6か月以内の自覚症状について、当てはまるものにチェックをしてください。 ①月経トラブル <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↳ <input type="checkbox"/> 不規則 <input type="checkbox"/> 出血量が多い <input type="checkbox"/> 痛みが激しい ②不正出血 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↳ 量(<input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 多量) / 色(<input type="checkbox"/> 鮮血 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> ピンク) ③おりもの <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↳ 量(<input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 多量) / 色(<input type="checkbox"/> 無色 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 褐色) ④陰部のかゆみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⑤その他()
	6. 最近の体調について、当てはまるものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 腰痛がある <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 体重が減った(kg) <input type="checkbox"/> 疲れやすい <input type="checkbox"/> その他()

子宮頸がん検診結果

医師記入欄	内診	細胞診
	所見	判定(ベセスダ分類)
① 異常なし ② 膣部びらん ③ 膣炎 (膣炎) ④ ポリープ(頸管・内膜) ⑤ 子宮萎縮 ⑥ 子宮肥大 ⑦ 子宮筋腫 ⑧ 卵巣腫瘍 ⑨ その他()	コルポスコープ所見 	※判定結果は該当するものに○をつけてください。 ① 精検不要 (NILM) ② 要精検 (ASC-US) ③ 要精検1 ASC-H ・ LSIL ・ HSIL AGC ・ AIS ④ 要精検2 Adenocarcinoma ・ SCC ・ Other ⑤ 測定不能
子宮頸がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察() <input type="checkbox"/> 要精密検査	
精密検査確認欄	<input type="checkbox"/> 精密検査実施済 <input type="checkbox"/> 精密検査実施予定 <input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介状発行) ↳ 日付(/) 検査方法() 結果() 判定(放置可・経過観察・要治療)	

3104

(医療機関 → 医師会 → 東広島市)

元気すこやか健診受診票(乳がん検診)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	— —
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭・平
医師名	氏名	歳	年 月 日生
㊞	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書 有・無

※太枠の中をご記入ください。

受診者記入欄	1. これまでに乳がん検診を受けたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 受けたことがある (平成 年 月ごろ) <input type="checkbox"/> 受けたことがない 検診方法: <input type="checkbox"/> 乳視触診とマンモグラフィの併用 <input type="checkbox"/> マンモグラフィのみ <input type="checkbox"/> その他() 検診結果: <input type="checkbox"/> 異常あり() <input type="checkbox"/> 異常なし
	2. 乳房の病気をしたことがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(病名 : 歳 <input type="checkbox"/> 現在治療中)
	3. 家族(血縁)に乳がんにかかった人がいますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(続柄)
	4. 今までのことについて記入してください。 初潮 (歳) / 閉経 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(歳) 最近の月経(月 日から 日間) <input type="checkbox"/> ペースメーカーを挿入している <input type="checkbox"/> 豊胸手術を受けている
	5. 妊娠歴について記入してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(妊娠 回 / 分娩 回) <input type="checkbox"/> 妊娠中
	6. 授乳歴について記入してください。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(6か月未満 ・ 6か月以上) <input type="checkbox"/> 授乳中
	7. 自覚症状について記入してください。 ① 乳房に痛み・しこりがありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 痛み(右・左) / しこり(右・左) ② 乳首からの分泌物がありますか。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(右・左) ③ その他 ()

乳がん検診結果 該当する項目の□にシ点を記入してください。

医師記入欄	マンモグラフィ所見			
	(所見を下に図示) ●腫瘍 ∴石灰化 ≠乳腺実質の所見	撮影方向	<input type="checkbox"/> 1方向	<input type="checkbox"/> 2方向
		部位	右乳房	左乳房
		乳腺評価	<input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度	<input type="checkbox"/> 脂肪性 <input type="checkbox"/> 乳腺散在 <input type="checkbox"/> 不均一高濃度 <input type="checkbox"/> 高濃度
	カテゴリー判定	① カテゴリーⅠ ② カテゴリーⅡ ③ カテゴリーⅢ ④ カテゴリーⅣ ⑤ カテゴリーⅤ	① カテゴリーⅠ ② カテゴリーⅡ ③ カテゴリーⅢ ④ カテゴリーⅣ ⑤ カテゴリーⅤ	

※カテゴリーⅠ(異常なし)、カテゴリーⅡ(良性)、カテゴリーⅢ(良性、しかし悪性を否定できない)、カテゴリーⅣ(悪性の疑い)、カテゴリーⅤ(悪性)

乳がん検診判定結果	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察() <input type="checkbox"/> 要精密検査
精密検査確認欄	<input type="checkbox"/> 精密検査実施済 <input type="checkbox"/> 精密検査実施予定 <input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介状発行) 日付(/) 検査方法() 結果() 判定(放置可・経過観察・要治療)

3104

(医療機関 → 医師会 → 東広島市)

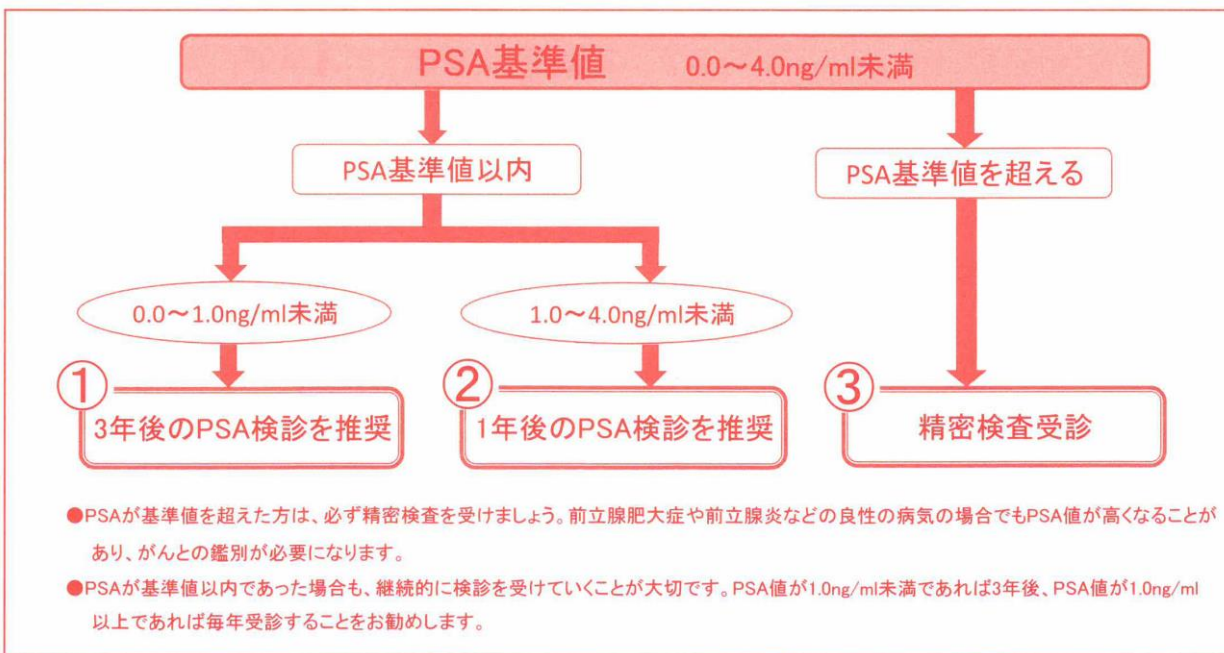
元気すこやか健診受診票(前立腺がん検診)

受診年月日	住所 東広島市	TEL	-	-
医療機関名	ふりがな	年度末年齢	大・昭	
医師名	氏名	男・女	歳	年 月 日生
印	受診券番号	医療機関記入欄	無料証明書	有・無

※太枠の中をご記入下さい。

受診者記入欄	1. 現在治療中の病気があれば記入してください。()
	2. 最近の体調で気になる項目に○をつけてください。 ① 食欲がない ② 体重が減った(kg) ③ その他()
	3. 今までにかかったことのある病気に○をつけてください。 ① 肺炎 ② 慢性気管支炎 ③ ぜんそく ④ 胸膜炎(肋膜炎) ⑤ 肺結核 ⑥ 胸部の手術(歳) ⑦ 心臓病 ⑧ 胃腸の病気() ⑨ 胃腸の手術(歳) ⑩ イレウス(腸閉塞) ⑪ 前立腺肥大症 ⑫ 緑内障 ⑬ 薬に対するアレルギー(薬剤名:)
	4. 近親者(親・子・兄弟)に前立腺がんと診断された人はいますか。 はい・ いいえ
	5. これまでに前立腺がんまたは前立腺肥大症の治療をされたことがありますか。 ある・なし ↳ 現在治療のために薬を飲んでいますか。 はい(薬剤名)・ いいえ
	6. 現在次のような症状がありますか。あてはまるものに○をつけてください。 ① 尿が出にくい ⑤ 急に尿意をもよおす ② 排尿後も尿が残っている感じがする ⑥ 尿に血が混じる ③ 尿の回数が多い ⑦ 下腹部に不快感がある ④ 夜中に何度もトイレに行く ⑧ 腰痛や下肢痛がある

医師記入欄	PSA値 ng/ml <small>(小数点第2位四捨五入)</small>	判定	① 基準値以内(0.0~1.0ng/ml未満) ② 基準値以内(1.0~4.0ng/ml未満) ③ 精密検査を要する(4.0ng/ml以上)
-------	--	----	--



精密検査確認欄	<input type="checkbox"/> 精密検査実施済 <input type="checkbox"/> 精密検査実施予定 <input type="checkbox"/> 他機関紹介(紹介状発行)
↳	日付(/) 検査方法() 結果() 判定(放置可 経過観察 要治療)

歯科健康診断票

歯科医師用

検査日 年 月 日

氏名	<small>ふりがな</small>	男女	生年月日	西暦	年	月	日	(歳)
住所	<small>〒</small>							

[あてはまるところに○をつけ、() 内には必要な事項を記入してください]

- | | |
|---|---|
| <p>1. 歯みがきは1日何回しますか
a. 0回 b. 1回 c. 2回 d. 3回以上
b~dを選んだ方は、1回 ()分
あたり何分みがきますか</p> <p>2. 歯間ブラシやデンタルフロスを使っていますか
a. 毎日 b. 時々 c. 使っていない</p> <p>3. 過去1年間に歯科健診を受診しましたか
a. はい b. いいえ</p> <p>4. 年1回は歯石を歯科医療機関で除去していますか
a. はい b. いいえ</p> | <p>5. たばこを吸ったことがありますか
a. 現在吸っている b. 吸っていたことがある c. 吸ったことがない</p> <p>6. かかりつけの歯科医療機関はありますか
a. はい b. いいえ</p> <p>7. 全身の状態であてはまるものはどれですか
a. 糖尿病 b. 狭心症・心筋梗塞・脑梗塞
c. 関節リウマチ d. 内臓型肥満
e. 妊娠 f. その他 ()</p> |
|---|---|

現在歯・喪失歯の状況 (喪失歯のうち、補綴処置の不要な歯には×を記入)

右	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	
	1.健全歯数 (✓)		2.未処置歯数 (○)		3.処置歯数 (○)		4.現在歯数 (1+2+3)		5.要補綴歯数 (△)		6.欠損補綴歯数 (⊙)							

口腔清掃状態

1. 良好
2. 普通
3. 不良

歯石の付着

1. なし
2. 軽度(点状)あり
3. 中等度(帯状)以上あり

歯肉の状況

	17または16	11	26または27
BOP			
PD			
BOP			
PD			
	47または46	31	36または37
個人コード(最大値)	歯肉出血		
	歯周ポケット		

[歯肉出血BOP]

- 0: 健全
1: 出血あり
9: 除外歯
X: 該当歯なし

[歯周ポケットPD]

- 0: 健全
1: 浅いポケット (4mm~5mm)
2: 深いポケット (6mm以上)
9: 除外歯
X: 該当歯なし

その他の所見

0. なし
1. 歯列・咬合
2. 顎関節
3. 粘膜
4. その他

判定区分

- | | | |
|---|--|--|
| <p>1. 異常なし</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ CPI: 歯肉出血0 かつ 歯周ポケット0 ・ 未処置歯・要補綴歯・その他の所見がない | <p>2. 要指導</p> <ul style="list-style-type: none"> a. CPI: 歯肉出血1、かつ、歯周ポケット0 b. 口腔清掃状態不良 c. 歯石の付着あり(軽度、中等度以上) d. 生活習慣や基礎疾患、歯科医療機関等の受診状況等、指導を要する | <p>3. 要精密検査</p> <ul style="list-style-type: none"> a. CPI: 歯周ポケット1 b. CPI: 歯周ポケット2 c. 未処置歯あり d. 要補綴歯あり e. 生活習慣や基礎疾患等さらに詳しい検査や治療が必要です f. その他の所見あり |
|---|--|--|

特記事項・指導事項

市町への連絡事項 (歯科医療機関にて実施の場合)

自己負担金 有 無 ()

1. 健診した歯科医療機関にて指導予定
2. 健診した歯科医療機関にて治療予定
3. 他の歯科医療機関を紹介(紹介先)
4. 未定

医療機関コード	医療機関名または診査者氏名	電話

広島県歯科医師会

データ消去・廃棄証明書

令和 年 月 日

東広島市長 高垣 廣徳 様

事業所名 _____

代表者 _____

東広島市より委託されていた次の業務につきまして、東広島市へデータ等を返却し、当社で作業上保管していた当該データの全てを、次の事項を遵守した上で確実に消去したことをここに証明致します。

1 業務名

令和3年度元気すこやか健診（医療機関健診）データ入力業務

2 遵守事項

- （1）当社は、当該データが記録されている全てのハードディスク等の記録媒体（以下「本記録体」という。）について、破棄による本記録媒体の再利用若しくは確実な消去によって本記録媒体に記録されたデータの復元又は読み取りが不可能な状態になるよう必要な処理を講じた上で処理を行いました。
- （2）当社は、本記録媒体から知り得た秘密情報（個人情報を含む。）を、第三者に開示、複製、流用、転売等を行わないものとします。
- （3）当社は、当社の役員及び従業員に対して、本書の内容を周知徹底し、遵守させるものとします。

3 データ消去

消去日 : 令和 年 月 日

消去方法 :

消去責任者 :

PUNCH MANUAL

基本健診
PUNCH CARD DESIGN

- 各項目はゼロ詰しない
- 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ファイル名は ISIKAI10002.CSV

はマッピングキー(必須項目)
 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)> (必須項目)	年号(明→"1"、大→"2"、昭→"3"、平→"4"、令→"5") 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→"1"、大→"2"、昭→"3"、平→"4"、令→"5") 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→"1"、女→"2"	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	健診種別	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	1	質問1	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	
8	8	1	質問2	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				8	
9	9	1	質問3	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				9	
10	10	1	質問4	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				10	
11	11	1	質問5	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				11	
12	12	1	質問6	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				12	
13	13	1	質問7	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				13	
14	14	1	質問8	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				14	
15	15	1	質問9	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				15	
16	16	1	質問10	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				16	
17	17	1	質問11	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				17	
18	18	1	質問12	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				18	
19	19	1	質問13	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				19	
20	20	1	質問14	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				20	
21	21	1	質問15	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				21	
22	22	1	質問16	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				22	
23	23	1	質問17	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				23	
24	24	1	質問18	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				24	
25	25	1	質問19	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				25	
26	26	1	質問20	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				26	
27	27	5	身長 (cm)	少数1桁	5	○				27	
28	28	5	体重 (kg)	少数1桁	5	○				28	
29	29	5	BMI	少数1桁	4	○				29	
30	30	5	腹囲 (cm)	少数1桁	4	○				30	
31	31	5	血圧(収縮期) (mmHg)	整数	3	○				31	
32	32	5	血圧(拡張期) (mmHg)	整数	2	○				32	

PUNCH MANUAL

基本健診
PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10002.CSV

はマッチングキー(必須項目)
 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
33	33	1	尿糖	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				33	
34	34	1	尿蛋白	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				34	
35	35	5	中性脂肪 (mg/dl)	整数	3	○				35	
36	36	6	HDLコレステロール (mg/dl)	整数	2	○				36	
37	37	6	LDLコレステロール (mg/dl)	整数	3	○				37	
38	38	6	GOT(AST) (IU/l)	整数	2	○				38	
39	39	6	GPT(ALT) (IU/l)	整数	2	○				39	
40	40	6	γ-GTP (IU/l)	整数	2	○				40	
41	41	4	空腹時血糖値 (mg/dl)	整数	2	○				41	
42	42	6	ヘモグロビンA1c(NGSP値) (%)	少数1桁	3	○				43	
43	43	6	クレアチニン (mg/dl) ※一般	少数2桁	4	○				44	
44	44	1	判定 高血圧症	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				45	
45	45	1	判定 脂質異常症	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				46	
46	46	1	判定 肝臓病	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				47	
47	47	1	判定 糖尿病	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				48	
48	48	1	判定 腎機能	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				49	
49	49	6	Ht (%)	少数1桁	4	○				50	
50	50	6	Hb (g/dl)	少数1桁	4	○				51	
51	51	6	RBC (万/mm3)	整数	3	○				52	
52	52	1	判定 貧血検査	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				53	
53	53	1	判定 心電図検査	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				54	
54	54	1	眼底検査 KW	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				55	
55	55	1	眼底検査 H	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				56	
56	56	1	眼底検査 S	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				57	
57	57	1	眼底検査 SCOTT	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				58	
58	58	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				59	パンチ業者様にて登録
59	59	6	クレアチニン (mg/dl) ※詳細	少数2桁	4	○				60	
60	60	1	クレアチニン実施理由	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				61	

コード表（基本健診）

項目名	コード番号	内容	備考
健診種別	1	39歳以下	
	2	国保中途加入	
	3	生保	
	4	その他（未加入）	
質問1	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問2	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問3	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問4	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問5	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問6	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問7	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問8	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問9	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問10	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問11	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問12	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問13	1	①何でもかんで食べることができる	
	2	②歯や歯ぐき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある	
	3	③ほとんどかめない	
質問14	1	①速い	
	2	②ふつう	
	3	③遅い	
質問15	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問16	1	①毎日	
	2	②時々	
	3	③ほとんど摂取しない	
質問17	1	①はい	
	2	②いいえ	

コード表（基本健診）

項目名	コード番号	内容	備考
質問18	1	①毎日	
	2	②時々	
	3	③ほとんど飲まない（飲めない）	
質問19	1	①1合未満	
	2	②1～2合未満	
	3	③2～3合未満	
	4	④3合以上	
質問20	1	①はい	
	2	②いいえ	
尿糖	1	①－	
	2	②±	
	3	③+	
	4	④++	
	5	⑤+++	
	6	⑥++++	
尿蛋白	1	①－	
	2	②±	
	3	③+	
	4	④++	
	5	⑤+++	
	6	⑥++++	
判定 高血圧症	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 脂質異常症	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 肝臓病	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 糖尿病	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 腎機能	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 貧血検査	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
眼底検査 KW	1	○	
	2	I	
	3	II a	
	4	II b	
	5	III	

コード表（基本健診）

項目名	コード番号	内容	備考
	6	Ⅳ	
	8	未実施	
	9	測定不可能	
眼底検査 H	1	○	
	2	1	
	3	2	
	4	3	
	5	4	
	8	未実施	
	9	測定不可能	
眼底検査 S	1	○	
	2	1	
	3	2	
	4	3	
	5	4	
	8	未実施	
	9	測定不可能	
眼底検査 SCOTT	1	I (a)	
	2	I (b)	
	3	Ⅱ	
	4	Ⅲ (a)	
	5	Ⅲ (b)	
	6	Ⅳ	
	7	Ⅴ (a)	
	8	Ⅴ (b)	
	9	Ⅵ	
	97	所見なし	
	98	未実施	
	99	測定不可能	
クレアチニン実施理由	1	一般	
	2	詳細	

PUNCH MANUAL

基本健診(後期高齢用)

PUNCH CARD DESIGN

- ・各項目はゼロ詰しない
- ・日付項目は前ゼロ埋め(例:7月→07)で入力する。
- ・CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ファイル名は ISIKAI10002.CSV

■ はマッチングキー(必須項目) □ 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	健診種別	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	1	質問4	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	「あなたの現在の健康状態はいかがですか」
8	8	1	質問5	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				8	「毎日の生活に満足していますか」
9	9	1	質問6	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				9	「1日3食きちんと食べていますか」
10	10	1	質問7	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				10	「半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか」
11	11	1	質問8	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				11	「お茶や汁物等でむせることがありますか」
12	12	1	質問9	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				12	「6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか」
13	13	1	質問10	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				13	「以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いませんか」
14	14	1	質問11	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				14	「この1年間に転んだことがありますか」
15	15	1	質問12	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				15	「ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか」
16	16	1	質問13	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				16	「まわりの人から「いつも同じことを聞く」など・・・」
17	17	1	質問14	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				17	「今日が何月何日かわからない時がありますか」
18	18	1	質問15	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				18	「あなたはたばこを吸いますか」
19	19	1	質問16	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				19	「週に1回以上は外出していますか」
20	20	1	質問17	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				20	「ふだんから家族や友人と付き合いがありますか」
21	21	1	質問18	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				21	「体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか」
22	22	5	身長 (cm)	少数1桁	5	○				27	
23	23	5	体重 (kg)	少数1桁	5	○				28	
24	24	5	BMI	少数1桁	4	○				29	
25	25	5	血圧(収縮期) (mmHg)	整数	3	○				31	
26	26	5	血圧(拡張期) (mmHg)	整数	2	○				32	
27	27	1	尿糖	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				33	
28	28	1	尿蛋白	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				34	
29	29	5	中性脂肪 (mg/dl)	整数	3	○				35	
30	30	6	HDLコレステロール (mg/dl)	整数	2	○				36	
31	31	6	LDLコレステロール (mg/dl)	整数	3	○				37	
32	32	6	GOT(AST) (IU/l)	整数	2	○				38	
33	33	6	GPT(ALT) (IU/l)	整数	2	○				39	
34	34	6	γ-GTP (IU/l)	整数	2	○				40	
35	35	4	空腹時血糖値 (mg/dl)	整数	2	○				41	

PUNCH MANUAL

基本健診(後期高齢用)
 PUNCH CARD DESIGN

- ・各項目はゼロ詰しない
- ・日付項目は前ゼロ埋め(例:7月→07)で入力する。
- ・CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ファイル名は ISIKAI10002.CSV

はマッピングキー(必須項目)
 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
36	36	6	ヘモグロビンA1c(NGSP値) (%)	少数1桁	3	○				43	
37	37	6	クレアチニン (mg/dl) ※一般	少数2桁	4	○				44	
38	38	1	判定 高血圧症	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				45	
39	39	1	判定 脂質異常症	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				46	
40	40	1	判定 肝臓病	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				47	
41	41	1	判定 糖尿病	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				48	
42	42	1	判定 腎機能	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				49	
43	43	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				59	パンチ業者様にて登録
44	44	1	質問1	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				44	「現在、血圧を下げる薬を飲んでますか」 ※2021年度追加
45	45	1	質問2	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				45	「現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射をしていますか」 ※2021年度追加
46	46	1	質問3	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				46	「現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を飲んでますか」 ※2021年度追加

コード表（基本健診_後期高齢用）

項目名	コード番号	内容	備考
健診種別	5	後期高齢75歳以上	
	6	後期高齢65～74歳以下	
質問4	1	①よい	
	2	②まあよい	
	3	③ふつう	
	4	④あまりよくない	
	5	⑤よくない	
質問5	1	①満足	
	2	②やや満足	
	3	③やや不満	
	4	④不満	
質問6	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問7	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問8	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問9	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問10	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問11	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問12	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問13	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問14	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問15	1	①吸っている	
	2	②吸っていない	
	3	③やめた	
質問16	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問17	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問18	1	①はい	
	2	②いいえ	
質問1	1	①はい	※2021年度追加
	2	②いいえ	※2021年度追加
質問2	1	①はい	※2021年度追加
	2	②いいえ	※2021年度追加
質問3	1	①はい	※2021年度追加
	2	②いいえ	※2021年度追加

コード表（基本健診_後期高齢用）

項目名	コード番号	内容	備考
尿糖	1	①－	
	2	②±	
	3	③＋	
	4	④＋＋	
	5	⑤＋＋＋	
	6	⑥＋＋＋＋	
尿蛋白	1	①－	
	2	②±	
	3	③＋	
	4	④＋＋	
	5	⑤＋＋＋	
	6	⑥＋＋＋＋	
判定 高血圧症	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 脂質異常症	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 肝臓病	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 糖尿病	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	
判定 腎機能	1	①異常なし	
	2	②要指導	
	3	③要医療	
	4	④加療中	

PUNCH MANUAL

胃がん検診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10003.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	検査	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	1	判定	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	
8	8	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				8	パンチ業者様にて登録
9	9	1	検診時生検	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				9	

コード表（胃がん）

項目名	コード番号	内容	備考
検査	1	①バリウム検査	
	2	②内視鏡検査	
判定	1	異常を認めず	
	2	経過観察	
	3	精密検査を要する	
	4	検査判定不能	
	5	要治療	
検診時生検	1	あり	

PUNCH MANUAL

大腸がん検診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10006.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	判定	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	4	大腸がんクーポン	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	4	○				7	※項目のみでパンチ不要
8	8	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				8	パンチ業者様にて登録
9	9	3	便潜血量	整数	3	○				9	

コード表（大腸がん）

項目名	コード番号	内容	備考
判定	1	①異常を認めず	
	2	②経過観察	
	3	③精密検査を要する	

PUNCH MANUAL

子宮頸がん検診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10004.CSV

はマッチングキー(必須項目)
 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	※項目のみでパンチ不要 “2:女”を『健康かるて』側で固定セット
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	判定(ベセスダ分類)	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				7	パンチ業者様にて登録

コード表 (子宮頸がん)

項目名	コード番号	内容	備考
判定 (ベセスダ分類)	1	①精検不要	
	2	②要精検 (ASC-US)	
	3	③要精検2	
	4	④判定不能	
	5	②要精検1	

PUNCH MANUAL

乳がん検診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10005.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	※項目のみでパンチ不要 ”2:女”を『健康かるて』側で固定セット
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字 ¹⁰ 桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	カテゴリー判定(右)	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	1	カテゴリー判定(左)	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	
8	8	1	カテゴリー 総合判定	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				8	
9	9	1	乳がん検診判定結果	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				9	
10	10	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				10	パンチ業者様にて登録

コード表（乳がん）

項目名	コード番号	内容	備考
カテゴリー判定（右）	1	①カテゴリーⅠ	
	2	②カテゴリーⅡ	
	3	③カテゴリーⅢ	
	4	④カテゴリーⅣ	
	5	⑤カテゴリーⅤ	
	6	カテゴリーⅡⅠ	
	7	カテゴリーⅡⅡ	
カテゴリー判定（左）	1	①カテゴリーⅠ	
	2	②カテゴリーⅡ	
	3	③カテゴリーⅢ	
	4	④カテゴリーⅣ	
	5	⑤カテゴリーⅤ	
	6	カテゴリーⅡⅠ	
	7	カテゴリーⅡⅡ	
乳がん検診判定結果	1	異常なし	
	2	経過観察	
	3	要精密検査	

PUNCH MANUAL

肺がん検診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10030.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	判定	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	1	喀痰細胞診 判定	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	
8	8	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				8	パンチ業者様にて登録
9	9	1	喀痰検査対象者	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				9	
10	10	1	喀痰容器配布	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				10	

コード表（肺がん）

項目名	コード番号	内容	備考
判定	1	① A	
	2	② B	
	3	③ C	
	4	④ D	
	5	⑤ E	
喀痰細胞診 判定	1	① A	
	2	② B	
	3	③ C	
	4	④ D	
	5	⑤ E	
喀痰検査対象者	1	対象者	
喀痰容器配布	1	配布	

PUNCH MANUAL

前立腺がん検診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10011.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	※項目のみでパンチ不要 “1:男”を『健康かるて』側で固定セット
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	3	PSA値	小数1桁	3	○				6	
7	7	1	判定	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	
8	8	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				8	パンチ業者様にて登録

コード表（前立腺がん）

項目名	コード番号	内容	備考
判定	1	①基準値以内（0.0～1.0ng/ml未満）	
	2	②基準値以内（1.0～4.0ng/ml未満）	
	3	③精密検査を要する（4.0ng/ml以上）	

PUNCH MANUAL

肝炎ウイルス健診

PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10027.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	肝炎ウイルス検診クーポン	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	4	○				6	※項目のみでパンチ不要
7	7	1	B型肝炎ウイルス検査(HBs抗原検査)	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				7	
8	8	1	C型肝炎ウイルス検査	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				8	
9	9	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				9	パンチ業者様にて登録

コード表（肝炎ウイルス）

項目名	コード番号	内容	備考
B型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原検査)	1	陽性	
	2	陰性	
C型肝炎ウイルス検査	1	①高力価陽性	
	2	②HCV核酸増幅検査陽性	
	3	③HCV核酸増幅検査陰性	
	4	④HCV抗体検査陰性	
	5	⑤陰性	

PUNCH MANUAL

成人歯科健診
PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10009.CSV

はマッチングキー(必須項目) 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
1	1	7	受診年月日(和暦) (必須項目) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				1	
2	2	7	生年月日(和暦) <年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)>	年号(明→“1”、大→“2”、昭→“3”、平→“4”、令→“5”) 日付項目は前ゼロ埋めで入力する。	7	○				2	
3	3	1	性別	数字1桁 *男→“1”、女→“2”	1	○				3	
4	4	70	カナ氏名	半角カナ氏名を入力する。姓と名の間は半角ワンスペース	8			○		4	
5	5	15	医療機関名	数字10桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	10	○				5	コード表(医療機関)を参照
6	6	1	歯磨きを1日何回行う	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				6	
7	7	2	歯磨きの分数	整数	2	○				7	
8	8	1	歯間ブラシまたはフロスの使用	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				8	
9	9	1	過去1年間に歯科健診の受診	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				9	
10	10	1	定期的な歯石、汚れの除去	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				10	
11	11	1	たばこを吸う	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				11	
12	12	1	かかりつけの医療機関	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				12	
13	13	1	全身の状態であてはまるもの1	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				13	
14	14	1	全身の状態であてはまるもの2	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				14	
15	15	1	全身の状態であてはまるもの3	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				15	
16	16	1	全身の状態であてはまるもの4	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				16	
17	17	1	全身の状態であてはまるもの5	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				17	
18	18	1	全身の状態であてはまるもの6	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				18	
19	19	2	健全歯数	整数	2	○				19	
20	20	1	未処置歯数	整数	1	○				20	
21	21	2	処置歯数	整数	2	○				21	
22	22	2	現在歯数	整数	2	○				22	
23	23	1	要補綴歯数	整数	1	○				23	
24	24	1	欠損補綴歯数	整数	1	○				24	
25	25	2	BOP(歯肉出血) 17・16	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				25	
26	26	2	BOP(歯肉出血) 11	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				26	
27	27	2	BOP(歯肉出血) 26・27	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				27	
28	28	2	BOP(歯肉出血) 37・36	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				28	
29	29	2	BOP(歯肉出血) 31	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				29	
30	30	2	BOP(歯肉出血) 46・47	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				30	
31	31	2	BOP(歯肉出血)の最大値	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				31	
32	32	2	PD(歯周ポケット) 17・16	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				32	

PUNCH MANUAL

成人歯科健診
PUNCH CARD DESIGN

- ・ 各項目はゼロ詰しない
- ・ 日付項目は前ゼロ埋め(例: 7月→07)で入力する。
- ・ CSV形式(カンマ区切り、項目囲み文字なし)
- ・ 文字コードはShift-JIS形式とする。
- ・ ファイル名は ISIKAI10009.CSV

はマッチングキー(必須項目)
 必須項目

PUNCH要領

項目No	CSV NO	最大項目長	パンチ項目	パンチ方法	平均タッチ数	数字	英字	カナ	特殊	項目No	確認事項
33	33	2	PD(歯周ポケット) 11	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				33	
34	34	2	PD(歯周ポケット) 26・27	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				34	
35	35	2	PD(歯周ポケット) 37・36	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				35	
36	36	2	PD(歯周ポケット) 31	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				36	
37	37	2	PD(歯周ポケット) 46・47	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				37	
38	38	2	PD(歯周ポケット)の最大値	数字2桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	2	○				38	
39	39	1	総合指導区分	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				39	
40	40	1	判定内容(要指導)1	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				40	
41	41	1	判定内容(要指導)2	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				41	
42	42	1	判定内容(要指導)3	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				42	
43	43	1	判定内容(要指導)4	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				43	
44	44	1	判定内容(要精密検査)1	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				44	
45	45	1	判定内容(要精密検査)2	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				45	
46	46	1	判定内容(要精密検査)3	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				46	
47	47	1	判定内容(要精密検査)4	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				47	
48	48	1	判定内容(要精密検査)5	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				48	
49	49	1	判定内容(要精密検査)6	数字1桁 コード表に記載のコード番号を入力する。	1	○				49	
50	50	8	作成年月日(西暦) (必須項目)		8	○				50	パンチ業者様にて登録

コード表（成人歯科健診）

項目名	コード番号	内容	備考
歯磨きを1日何回行う	0	0回	
	1	1回	
	2	2回	
	3	3回以上	
歯間ブラシまたはフロスの使用	1	毎日	
	2	時々	
	3	使っていない	
過去1年間に歯科健診の受診	1	はい	
	2	いいえ	
定期的な歯石、汚れの除去	1	はい	
	2	いいえ	
たばこを吸う	1	現在吸っている	
	2	吸っていたことがある	
	3	吸ったことがない	
かかりつけの医療機関	1	はい	
	2	いいえ	
全身の状態ではてはまるもの	1	糖尿病	
	2	狭心症・心筋梗塞・脳梗塞	
	3	関節リウマチ	
	4	内蔵型肥満	
	5	妊娠	
	6	その他	
BOP（歯肉出血）17・16	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
BOP（歯肉出血）11	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
BOP（歯肉出血）26・27	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
BOP（歯肉出血）37・36	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
BOP（歯肉出血）31	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
BOP（歯肉出血）46・47	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	

コード表 (成人歯科健診)

項目名	コード番号	内容	備考
BOP (歯肉出血) の最大値	0	健全	
	1	出血あり	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) 17・16	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) 11	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) 26・27	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) 37・36	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) 31	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) 46・47	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
PD (歯周ポケット) の最大値	0	健全	
	1	浅いポケット (4mm～5mm)	
	2	深いポケット (6mm以上)	
	9	除外歯	
	10	X 該当歯なし	
総合指導区分	1	異常なし	
	2	要指導	
	3	要精密検査	
判定内容 (要指導)	1	歯肉出血 1、歯周ポケット 0	
	2	口腔清掃状態不良	
	3	歯石の付着	
	4	生活習慣などで指導を要する	

コード表（医療機関）

項目名	コード番号	内容	備考
医療機関	342510269	アソカの園武島医院	
	342511515	いまじょうクリニック	
	342511697	おの内科クリニック	
	342512083	かじわら内科循環器科	
	342511333	くぼにし小児科・内科クリニック	
	342510913	さえき医院	
	342511614	サザンクリニック	
	342511500	サザンクリニック	
	342510368	のだ医院	
	342511929	マイクリニック	
	342511408	まきだクリニック	
	342510723	まごし医院	
	342511879	ゆかわ脳神経外科クリニック	
	342510996	よこやま産婦人科	
	342510962	井野口病院	
	342511606	岡本内科・消化器科	
	342511044	下山記念クリニック	
	343810585	河内クリニック	
	342511689	久芳診療所	
	344010011	県立安芸津病院	
342510335	県立障害者リハビリテーション医療センター		
343710777	康成病院		
342511846	高屋よろず内科クリニック		
342510202	高橋ホームクリニック		
342510988	高美ヶ丘クリニック		
342511036	高美中央クリニック		
342510236	佐々木医院（原）		
342510897	坂本クリニック		
342510384	三浦医院		
342511093	三木医院		
3413710769	山形内科循環器医院		
342511291	山田脳神経外科		
342511770	山本内科医院		
342510798	志和医院		
342511820	寺家内科クリニック		
342510756	寺西診療所		
342511234	小西脳外科内科医院		
342510079	小田医院		
343710843	松ヶ丘医院		
342510210	松田医院		
343710231	新開医院		
343710793	真愛病院		
342512018	神田医院		
342510780	瀬分内科医院		
343710637	清水医院		
342511374	西条ときわクリニック		
342511309	西条中央病院		
342511275	石井医院		
342511069	川口内科クリニック		
342511002	川中医院		
343710835	前田医院		
342510822	造賀信原医院		
343810502	竹仁診療所		
342510483	中前外科・内科クリニック		
342510392	土肥整形外科病院		

コード表は過年度の医療機関のもの。
 最新のコード表(医療機関及び歯科)は、契約締結後に提示予定。

コード表（医療機関）

項目名	コード番号	内容	備考
	342511051	東広島記念病院	
	342510319	藤井脳神経外科	
	342510145	藤原医院	
	342510889	藤原内科医院	
	342510509	藤本皮膚泌尿器科医院	
	344010409	南海診療所	
	342510715	白市診療所	
	342510533	八本松病院	
	342511945	福富内科外科医院	
	342511960	サンクリニックみなが	
	343810510	豊栄診療所	
	342510046	本永病院	
	342510681	本城内科小児科	
	342511010	本田クリニック	
	342511440	木阪クリニック	
	342510087	木阪病院	
	342510947	門川内科医院	
	342510863	門沢医院	
	342511994	友安クリニック	
	342511762	松林レディースクリニック	
	342511960	サンクリニックみなが	
	3412512158	西条心療クリニック	
	342512299	原クリニック東広島	
	334028930	あおぞら歯科	
	334030230	いけだ歯科クリニック	
	334028389	今谷歯科アリオン	
	334010465	歌野原歯科	
	334027252	オカダデンタルクリニック	
	334025883	川口歯科医院	
	334022055	かわの歯科	
	334020585	木村歯科医院	
	334027366	きらら歯科	
	334017305	西条ブラザ歯科	
	334023645	佐竹田歯科医院	
	334030458	さくらファミリー歯科	
	334019963	サトミ歯科	
	334027379	重河デンタルクリニック	
	334015011	そえだ歯科医院	
	334022068	第二藪本歯科医院	
	334015994	たかはし歯科医院	
	334023948	たかひろデンタルクリニック	
	334023270	たじま歯科医院	
	334019439	永井歯科医院	
	334020527	なんば歯科・矯正歯科	
	334027353	にしはら歯科	
	334025186	のぎき歯科医院	
	334026734	ののやま矯正歯科医院	
	334024772	はもう歯科クリニック	
	334020266	早志歯科診療所	
	334021410	ふじ歯科クリニック	
	334027409	フロンティア歯科クリニック	
	334024091	みそのう歯科クリニック	
	334017028	ミドリ歯科医院	
	334025506	宗近歯科医院	
	334021856	藪本歯科クリニック	
	334030562	山田歯科医院	
	334028813	ゆりの木歯科	
	334022811	エトワール歯科	
	334001384	歌野原歯科本院	
	334015880	さとう歯科	
	334018038	坪島歯科診療所	
	334025610	内藤歯科医院	
	334014649	八本松歯科医院	
	334019224	ひろはた歯科医院	

コード表（医療機関）

項目名	コード番号	内容	備考
	334021188	ますもと歯科医院	
	334012300	井上歯科医院	
	334018386	やまがた歯科医院	
	334021508	穠山歯科医院	
	334025418	浅倉歯科医院	
	334017448	伊藤歯科医院	
	334021902	おおたに歯科	
	334019774	医院 歯の健康ドクター	
	334027047	高美が丘歯科医院	
	334029298	藤田歯科医院	
	334017044	かとう歯科クリニック	
	334026112	きっかわ歯科クリニック	
	334016773	木村歯科医院	
	334014144	黒瀬歯科医院	
	334023599	しげもと歯科クリニック	
	334017262	ハズタニ歯科医院	
	334024932	よしおか歯科クリニック	
	334015402	河内歯科医院	
	334024105	ささき歯科クリニック	
	334001599	いとう歯科クリニック	
	334017174	土田歯科医院	
	334026864	マイ歯科	
	334014056	早志歯科福富診療所	
	334029706	藤原歯科医院	
	334025740	森歯科医院	
	342531220	みんなの歯科クリニック	
	342531246	クローバーデンタル	