

令和8年度 被爆二世健康診断申込書

大阪府健康医療部保健医療室長 様
次のとおり申し込みます。

令和 8 年 月 日

申込者	ふりがな		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 () 歳	《多発性骨髄腫検査》 ・通常の血液検査です。 ・希望しない場合のみ、()に「○」を記入してください。 ※検査の詳細は詳しくは裏面をご覧ください。 () 希望しない
	氏名				
	住所	〒 (-) 大阪府 日中つながりやすい電話番号： - - Eメールアドレス(任意記入)： @			
親	ふりがな		生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日 昭和	保健所受付印
	氏名				
	被爆者健康手帳番号		親の居所の都道府県名		
		※不明の場合は空欄で結構です。		※亡くなられている場合は最終住所地の都道府県名	

■受診を希望する医療機関名の左横の枠に、○印を1つだけ記入してください。
(実施月等については選択できませんので、ご了承ください)

実施月または実施日					土曜日可否
11月	12月	R9.1月	R9.2月		
○	○	○	○		9:00～11:30
11/21(土)又はR9.1/16(土)					9:00～11:00
		○			×
○			○		×
○	○	○	○		×
○	○	○	○		9:00～11:00
11/6(金)、11/20(金) R9.1/8(金)、1/15(金) のいずれか1日					×
		○	○		×
12/14(月)、12/16(水) R9.1/18(月)、1/20(水) のいずれか1日					×
	○	○			×
○	○	○	○		8:30～11:00
			○		×
11/10(火) 又は R9.1/26(火)					×
12/7(月)、12/8(火)、 R9.1/12(火)、1/13(水) のいずれか1日					×
○	○	○	○		×
11/4(水) 又は 12/2(水)					9:00～11:30
	○	○			×
					×
○ 午前 ○ 午前					×
					13:00～15:40 ※平日も同時間 ※水曜、祝日不可
○	○	○	○		×

○本事業は厚生労働省の委託事業を大阪府が受託し実施しています。また今回の健診結果は厚生労働省に報告しますのでご承知おさください。

➡ 裏面も必ずご確認ください。

(令和8年度 被爆二世健康診断申込書 裏面)

【ご注意】

- ① 各医療機関の受診者数には制限があります。
申込み多数の場合、希望の医療機関で受診できないことがありますのでご承知おき下さい。
- ② 健診費用は原則無料です。しかし健診結果によっては、更に精密検査を行う場合があり、その検査内容によって自己負担が生じる可能性があります。
- ③ 堺市内に在住の方で堺市内各保健センターでの受診を希望される方は、本申込書ではなく、堺市各保健センター受診用の申込書により、堺市各保健センターにてお申込みください。
- ④ Eメールアドレスをご記入いただいた方は、@gbox.pref.osaka.lg.jpからメールを送信する場合がありますので、事前にドメイン受信設定をお願いします。

【被爆二世健康診断内容】

診察、尿検査、血液検査を実施します。詳細は以下のとおりです。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">① 視診、問診、聴診、打診及び触診による検査② CRP定量検査③ 血球数計算④ 血色素検査⑤ 尿検査（ウロビリノーゲン、蛋白、糖、潜血）⑥ 血圧測定⑦ AST検査法、ALT検査法、γ-GTP検査法による肝臓機能検査 …(注1)⑧ ヘモグロビンA1c検査 …(注1)⑨ 血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査 …(注2) |
|---|

(注1) 肝機能検査及びヘモグロビンA1c検査については、医師が必要と認めた場合に行います。

(注2) 血清蛋白分画検査による多発性骨髄腫検査については、受診者の希望により行います。
なお、検査は血液検査により行います。

【多発性骨髄腫とは】

血液中にある白血球、リンパ球、赤血球、血小板といった血液細胞のひとつである形質細胞が、がん化したものを骨髄腫細胞といい、この細胞が異常に増殖し、病気として発症したものをいいます。