

1月13日(火)までにファックスで返送 医師会事務所宛 (FAX 7 1 4 7 - 1 7 1 1)

D 票

令和8年度 柏市肝炎ウイルス検査・骨粗しょう症検査 登録票

＜柏市への登録について 太線の枠内をご記入ください＞

FAX 7 1 4 7 - 1 7 1 1

健診機関コード	1	2	1	2	1		医療機関名	
電話番号							健診窓口の電話がある場合は右欄に記載	
柏市等のホームページの掲載について							掲載可 ・ 掲載不可	

肝炎ウイルス検査 検査を実施する場合は、A～Cの3区分の何れかに“○”を記して下さい。

柏市肝炎ウイルス検査を実施します () 実施の場合は括弧内に○を記入下さい	A 一次検査 (かかりつけ医療機関)		HBs抗原検査、HCV抗体検査及びHCV核酸定量検査(HCV抗体検査「中・低力価」のみ総合判定に必要)が実施可能な医療機関
	B 肝疾患指定医療機関		日本肝臓学会又は日本消化器病学会の専門医がいる医療機関※
	C 肝疾患専門医療機関		日本肝臓学会専門医が常勤で2名以上属する医療機関又は日本消化器病学会の認定施設※

※千葉県肝炎治療特別促進事業指定医療機関であること。千葉県HPから名簿登録をご確認ください。

骨粗しょう症検査 一次検査は6通りの測定方法から選択。②を選択の場合は、測定部位を☑。

	測定方法(①、②、③で委託金額が異なります)		登録に○	測定部位
一 次 検 査	① DXA法(腰椎部位のDXA法)			腰 椎
	②	※測定方法にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> S X A 法 <input type="checkbox"/> D X A 法(腰椎以外) <input type="checkbox"/> C X D 法 <input type="checkbox"/> D I P 法		※測定部位にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 中手骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 橈 骨 <input type="checkbox"/> 前腕骨 <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> その他 ()
	③ 超音波法			踵 骨
精 密 検 査				