

年度「福岡県働く世代をがんから守るがん検診推進事業」  
がん検診受診状況等報告書

福 岡 県 知 事 殿  
(保健医療介護部がん感染症疾病対策課)

登録証番号  
事業所名称  
代表者氏名

年度のがん検診受診状況等について、下記のとおり報告します。

記

● 年度がん検診等受診状況について ※人数を記入してください。

がん検診の種類	性別	対象者(A)	事業所が実施する 検診を受診 (B)	市町村等の検診 を受診 (C)
胃がん検診	男			
	女			
大腸がん検診	男			
	女			
肺がん検診	男			
	女			
乳がん検診	女			
子宮頸がん検診	女			
肝炎ウイルス検査(注)	事業所での肝炎ウイルス検査実施の有無		B型	B型
	有 ・ 無		C型	C型

● 年度(前年度)がん検診受診状況について( 年度に登録した事業所のみ記入) ※人数を記入してください。

がん検診の種類	性別	対象者(A)	事業所が実施する 検診を受診 (B)	市町村等の検診 を受診 (C)
胃がん検診	男			
	女			
大腸がん検診	男			
	女			
肺がん検診	男			
	女			
乳がん検診	女			
子宮頸がん検診	女			
肝炎ウイルス検査(注)	事業所での肝炎ウイルス検査実施の有無		B型	B型
	有 ・ 無		C型	C型

- (A) 胃がん検診は50歳以上の人、大腸がん検診、肺がん検診、乳がん検診については40歳以上の人  
子宮頸がん検診については、20歳以上の人  
※ 胃がん、乳がん、子宮頸がんについては、2年に1度の検診を推奨していますが、当該報告の対象者については、在席される40歳以上(胃がんは50歳以上、子宮頸がんについては20歳以上)の総人数を記入してください。
- (B) 事業所が実施する定期健康診断や人間ドック等で、がん検診や肝炎ウイルス検査を受診した場合  
(C) 事業所が実施する検診以外の、市町村が実施するがん検診や検査機関での検診等を受診した場合  
(注) 肝炎ウイルス検査について、少なくとも一生に一度は受ける必要があるとしています。

● 次の項目について、「はい」か「いいえ」でお答えください。

項 目	はい/いいえ
Q.1 従業員に対するがん検診の重要性の理解を促進していますか。 (Q.1が「はい」の事業所は、下記の①～⑤に当てはまるもの全てに○をつけてください。また、○をつけた項目について下の空欄に具体的に記入してください。)	
①受診促進の声かけ ②会議での情報提供 ③勉強会の開催 ④個人面談を実施 ⑤その他	
Q.2 従業員が、がん検診を受診しやすい環境づくりをしていますか。 (Q.2が「はい」の事業所は、下記の①～④に当てはまるもの全てに○をつけてください。また、○をつけた項目について下の空欄に具体的に記入してください。)	
①検診費用の補助 ②有給休暇の付与 ③検診申込手続きの簡素化 ④その他	
Q.3 県が提供する情報や啓発グッズを有効活用していますか (Q.3が「はい」の事業所は、具体的に記入してください。)	
Q.4 その他、がん検診推進について、工夫したことやPRしたいことはありますか。 (Q.4が「はい」の事業所は、具体的に記入してください。)	

※この報告書の記載内容をもとに知事表彰の選考を行います。(ただし、肝炎ウイルス検査に関する項目は除きます。)

● がん検診推進員(担当者)について

ふりがな 担当者名	所属	役職
電話番号	E-mail	
FAX番号		