

# 甲状腺検査詳細情報の手続きの簡素化について

平成25年11月12日より、下記のとおり、甲状腺検査結果開示の手続きの簡素化をしました。

※ 福島県にて要綱を策定。

| 項目            | 以前           | 現在                                             |
|---------------|--------------|------------------------------------------------|
| 本人確認          | 戸籍抄本等の提出の必要  | 不要<br>(検査のお知らせ<br>又は検査結果通知<br>のお知らせの写しで<br>確認) |
| 開示請求者と県とのやりとり | 複数回必要        | 原則一回のみ                                         |
| 費用負担          | コピー費等の費用負担あり | なし                                             |

## (参考) 甲状腺検査の詳細情報とは

1. 一次検査実施による超音波診断装置による画像(静止画、動画)。
2. 嚢胞や結節の有無、大きさ等を記載した検査レポート。
3. 二次検査対象者は二次検査時の超音波診断装置による画像(静止画、動画)、血液検査や尿検査結果表など。

## 甲状腺検査詳細情報の請求手続きについて

### 1 請求いただけるもの

#### (1) 一次検査

- ・超音波診断装置による画像（静止画、動画）
- ・嚢胞や結節の有無、大きさ等を記載した検査レポート

#### (2) 二次検査（二次検査受診者のみ）

- ・超音波診断装置による画像（静止画、動画）
- ・血液検査や尿検査結果表など

### 2 請求の手続き

必要書類について郵送をお願いします。

#### (1) 必要な書類等

- ①申請書（様式 1 号） ※必要事項を記入してください。
- ②福島県立医科大学から通知されたお知らせの写し（以下のどちらか）
  - ・「甲状腺検査の結果についてのお知らせ」の写し
  - ・「県民健康調査に係る甲状腺検査の実施について（お知らせ）」の写し※申請書に記載されている住所、氏名、法定代理人名等が上記 2 通知のものと異なる場合又は上記 2 通知が提出できない場合は、申請者本人であることが確認できる書類（例 住民票、健康保険証の写し、パスポートの写し等）も必要です。

#### (2) 郵送先

〒960-8031 福島県福島市栄町 10-21 福島栄町ビル  
公立大学法人福島県立医科大学  
放射線医学県民健康管理センター「甲状腺検査部門」宛

### 3 問合せ・申請書請求先

放射線医学健康管理センター コールセンター  
024-549-5130（9:00～17:00 土日祝日を除く）

※申請書は、ホームページからのダウンロードもできます。

<http://fukushima-mimamori.jp/>

（「ふくしま 見守り」で検索）

様式第 1 号

甲状腺検査結果の詳細情報通知に関する申請書

年 月 日

公立大学法人福島県立医科大学  
放射線医学県民健康管理センター長

申請者 (郵便番号 )  
住 所

氏 名

(法定代理人の場合は本人との関係 ( ))  
連絡先 (電話番号 )  
(申請者名は自署してください。)

甲状腺検査結果の詳細情報通知に関する要綱第 3 条の規定により、次のとおり検査を受けた本人に係る保有詳細情報の通知を申請します。

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 検査を受けた本人の状況等<br>※申請者が本人と同じ場合は、1～3は省略可能 | 1 氏名<br>2 住所 (郵便番号 )<br>3 連絡先 (電話番号 )<br>4 生年月日及び成年後見の有無<br>( 年 月 日生)<br>成年被後見人のときは有を○で囲んでください (有・無)                                                                                                                                                                                  |
| 申請に係る詳細情報の内容                           | 検査受診日： ( 年 月 日)<br>検査会場： ( )<br><input type="checkbox"/> 県民健康管理調査 甲状腺超音波検査レポート<br><input type="checkbox"/> 県民健康管理調査 甲状腺検査超音波画像<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※ 甲状腺超音波検査に係る詳細情報について、知りたい情報にチェックをしてください。                                                                       |
| 通知の方法                                  | 1 閲覧<br>2 写しの交付 ((1) 窓口での交付 (2) 郵便等による交付)                                                                                                                                                                                                                                             |
| 添付書類                                   | <input type="checkbox"/> 福島県立医科大学から通知された「甲状腺検査の結果についてのお知らせ」の写し<br><input type="checkbox"/> 福島県立医科大学から通知された「県民健康管理調査に係る甲状腺検査の実施について（お知らせ）」の写し<br><input type="checkbox"/> 本件申請書に記載されている住所、氏名、法定代理人名等が上記 2 通知のものと異なる場合又は上記 2 通知が提出できない場合は、申請者本人であることが確認できる書類 (例 住民票、健康保険証の写し、パスポートの写し等) |

- 注 1 「通知の方法」欄は、希望する方法の番号を○印で囲んでください。なお、郵便等の場合は簡易書留となります。
- 2 申請者が本人等であることなどの確認のため、本学から電話等の連絡をさせていただく場合があります。
- 3 申請者欄は検査を受けた本人の年齢が申請時満 14 歳未満の場合は法定代理人のみが、14 歳以上の場合は本人又は法定代理人が記載してください。