

# 集団健診

方城保健センターでの健診申し込みについて

〒方城保健センター ☎22-5101

検査項目	内容	対象	料金	
基本健康診査	問診、身体測定、腹囲測定、眼底検査、心電図検査、診察、血液検査、血圧測定、尿検査など ※ 65歳以上のかたは、今年から「生活機能に関する検査項目」が追加になります。	40歳以上の男女	1300円	
肺がん検診	胸部レントゲン検査	胸部レントゲン撮影	40歳以上の男女	300円
	肺がん(痰検査)	喀痰検査(3日分) ※必ず胸部レントゲン検査も申し込みください。	① 50歳以上で1日喫煙本数×年が600以上のかた ② 40歳以上で半年以内に血痰のあったかた	900円
胃がん検診	バリウムによる胃部レントゲン撮影	40歳以上の男女	900円	
大腸がん検診	検便(2日分)	40歳以上の男女	400円	
乳がん検診 (2年に1回の受診です)	乳房レントゲン検査、超音波、乳頭分泌検査 ※妊娠中の人や乳房豊胸術をしている人は受けられません。	40歳以上の女性 (去年受けたかたは対象外)	1700円	
子宮がん検診 (2年に1回の受診です)	子宮頸部細胞診検査	20歳以上の女性 (去年受けたかたは対象外)	600円	
骨粗しょう症検診	骨密度測定	40・45・50・55・60・65・70歳の女性 ※1 参照	500円	
肝炎ウイルス検診 (一生に1回の受診です)	B型肝炎・C型肝炎の血液検査です。 (基本健診の血液検査時に一緒に採血します)	① B型肝炎検査+C型肝炎検査	700円	
		② C型肝炎検査のみ受診する場合	600円	
		③ B型肝炎検査のみ受診する場合	100円	

※1 骨粗しょう症検診の対象者(次の年齢に該当し、受診を希望する女性のかた)

40歳(昭和41年4月1日～昭和42年3月31日生)	45歳(昭和36年4月1日～昭和37年3月31日生)
50歳(昭和31年4月1日～昭和32年3月31日生)	55歳(昭和26年4月1日～昭和27年3月31日生)
60歳(昭和21年4月1日～昭和22年3月31日生)	65歳(昭和16年4月1日～昭和17年3月31日生)
70歳(昭和11年4月1日～昭和12年3月31日生)	

※2 肝炎ウイルス検査の対象者(過去に肝炎ウイルス検査を受けたことがあるかた、現在肝炎の治療中のかたは対象外になります)

- 平成19年3月31日現在で、40歳以上～74歳以下(昭和7年4月1日～昭和42年3月31日生まれ)のかたで、過去に肝炎ウイルス検診を受けていないかた。
- 昭和7年3月31日以前に生まれたかたで、次の項目に該当し、定期的に肝機能検査を受けていないかた。
  - 過去に肝機能異常を指摘されたことがあるかた。
  - 広範な外科的処置を受けたことのあるかた。
  - 妊娠分娩時に多量出血したことのあるかた。

## 健診までの流れ

- 申し込みされた内容を参考に、受診日と受付時間を決定し、健診の10日前までに健診セットを自宅へお送りします。
- 受付時間は、申し込みの先着順です。
- 料金は、健診当日会場でいただきます。できるだけ、おつりのないようにご準備をお願いします。
- 1か月後、健診結果説明会を予定しています。



## 方城会場集団健診申し込みはがき

はがきの申し込みしめきり

8月31日 困まで(当日消印有効)

- 健診を受診されるかたのみ、はがきをご返送ください。
- 申し込み期間内に着くようにご投函ください。

はがきの記入方法

- 住所、電話番号、氏名、フリガナ、性別、生年月日はすべてご記入ください。※必ず連絡先(電話番号)をご記入ください。
- 受診希望日に○をつけてください。  
※内容や対象年齢などは左のページでご確認ください。
- 受診希望日をご記入ください。
- 健診当日の受付時間は、申し込みの先着順です。後半の受付時間(10時～11時)を特に希望するかたは、『受付時間の希望』に○をつけてください。
- 再度、記入漏れがないかご確認ください。
- 点線をはさみで切り取り、切手はらずにそのままご投函ください。

記入例

平成18年度 方城会場 総合健診申込はがき			
住所	福智町 ○○△△ー×××		
電話番号	○○--△△△△		
確認事項	申込にあたり健診料金の算定のために医療・所得状況などについて関係課に調査・問合せすることに同意します。	申込にあたり健診料金の算定のために医療・所得状況などについて関係課に調査・問合せすることに同意します。	
フリガナ	フクチ タロウ	フクチ ハナコ	
氏名	福智 太郎	福智 花子	
性別	男・女	男・女	
生年月日	M・T・S 37年2月25日(45)歳	M・T・S 41年8月14日(40)歳	
健診名 受診したい項目に○をつけてください。	基本	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/>	基本 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/>
	胸	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/>	胸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/>
	乳(2年に1回)		乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	子宮(2年に1回)		子宮(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	大腸	<input type="checkbox"/>	大腸 <input type="checkbox"/>
	骨(節目年齢女性)	<input type="checkbox"/>	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>
B型肝炎(一生に1回)			B型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
			C型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
			C型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
受診日	第1希望	10月 13日(金)	10月 15日(日)
	第2希望	10月 14日(土)	10月 14日(土)
受付時間の希望※	後半(10時～11時)の受付を希望しますか。		後半(10時～11時)の受付を希望しますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

切り取り線

平成18年度 方城会場 総合健診申込はがき			
住所	福智町		
電話番号	-		
確認事項	申込にあたり健診料金の算定のために医療・所得状況などについて関係課に調査・問合せすることに同意します。	申込にあたり健診料金の算定のために医療・所得状況などについて関係課に調査・問合せすることに同意します。	
フリガナ			
氏名			
性別	男・女		
生年月日	M・T・S 年月日( )歳	M・T・S 年月日( )歳	
健診名 受診したい項目に○をつけてください。	基本	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/>	基本 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/>
	胸	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/>	胸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/>
	乳(2年に1回)		乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	子宮(2年に1回)		子宮(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	大腸	<input type="checkbox"/>	大腸 <input type="checkbox"/>
	骨(節目年齢女性)	<input type="checkbox"/>	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>
B型肝炎(一生に1回)			B型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
			C型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
			C型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
受診日	第1希望	10月 日( )	10月 日( )
	第2希望	10月 日( )	10月 日( )
受付時間の希望※	後半(10時～11時)の受付を希望しますか。		後半(10時～11時)の受付を希望しますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 健診当日の受付時間は申し込みの先着順です。

平成18年度 方城会場 総合健診申込はがき			
住所	福智町		
電話番号	-		
確認事項	申込にあたり健診料金の算定のために医療・所得状況などについて関係課に調査・問合せすることに同意します。	申込にあたり健診料金の算定のために医療・所得状況などについて関係課に調査・問合せすることに同意します。	
フリガナ			
氏名			
性別	男・女		
生年月日	M・T・S 年月日( )歳	M・T・S 年月日( )歳	
健診名 受診したい項目に○をつけてください。	基本	<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/>	基本 <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/>
	胸	<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/>	胸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/>
	乳(2年に1回)		乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	子宮(2年に1回)		子宮(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	大腸	<input type="checkbox"/>	大腸 <input type="checkbox"/>
	骨(節目年齢女性)	<input type="checkbox"/>	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>
B型肝炎(一生に1回)			B型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
			C型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
			C型肝炎(一生に1回) <input type="checkbox"/>
受診日	第1希望	10月 日( )	10月 日( )
	第2希望	10月 日( )	10月 日( )
受付時間の希望※	後半(10時～11時)の受付を希望しますか。		後半(10時～11時)の受付を希望しますか。
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

※ 健診当日の受付時間は申し込みの先着順です。