

個別健診

コスモス健診センターでの健診について

〒28-5512 コスモス健診センター ☎28-5512

個別健診の検査項目

- 対象年齢の基準は、平成21年3月31日現在の年齢です。
- 子宮がん検診は、コスモス健診センターでは受けられません。

検査項目	内容	対象	料金	
国保健診	必須項目	問診・身体・腹囲測定、診察、血液・尿検査、血圧など	40歳以上の国民健康保険加入者	1500円
	詳細な健診	眼底、心電図、貧血検査	一定の条件に該当した人※1参照	無料
基本健診	必須項目	問診・身体・腹囲測定、診察、血液・尿検査、血圧など	40歳以上の生活保護受給者で健康保険未加入者	無料
	詳細な健診	眼底、心電図、貧血検査	一定の条件に該当した人※1参照	無料
生活機能評価	生活機能チェック	介護予防に関する問診、身体計測	65歳以上の介護保険要介護・要支援の認定を受けていない人(65歳の誕生日前日から可)	無料
	生活機能検査	血液検査、診察、血圧、心電図	生活機能チェックが必要と認められた人	無料
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	600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。	50歳以上で「1日喫煙本数×年」が600以上の人 40歳以上で半年以内に血痰のあった人	1200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	1800円
	胃カメラによる検査	検査人数の都合上、別日の受診となる場合があります。保険証をご持参ください。	40歳以上で次に該当する人 70歳以上・生活保護世帯・非課税世帯・65～69歳の後期高齢者医療受給者の人	3500円
大腸がん検診	検便(2日分)		40歳以上	500円
乳がん検診 (2年に1回の受診です)	視触診、乳房レントゲン検査(2方向撮影) 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 (去年受けた人は対象外)	1400円
骨粗しょう症検診	手首の骨密度をX線で調べます。		40・45・50・55・60・65・70歳の女性 ※2参照	800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。 (国保・基本健診の血液検査時に一緒に採血)		40～76歳	B型肝炎検査+C型肝炎検査 700円
			※3参照	C型肝炎検査のみ受診する場合 600円 B型肝炎検査のみ受診する場合 100円

※1 基本健診詳細な検診の対象者(次の①～④すべてに該当するか、*に該当する人)

- ①空腹時血糖 100mg/dl以上またはHbA1c5.2%以上
 - ②中性脂肪 150mg/dl以上またはHDL-cho40mg/dl未満
 - ③血圧：収縮期 130mmHgまたは拡張期 85mmHg以上
 - ④肥満：腹囲男性 85cm女性 90cm以上またはBMI 25以上
- *貧血の既往歴があるか、医師の診察により必要と認められた場合は、貧血検査のみの対象となります。

※2 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)

- 40歳(昭和43年4月1日～昭和44年3月31日)
- 45歳(昭和38年4月1日～昭和39年3月31日)
- 50歳(昭和33年4月1日～昭和34年3月31日)
- 55歳(昭和28年4月1日～昭和29年3月31日)
- 60歳(昭和23年4月1日～昭和24年3月31日)
- 65歳(昭和18年4月1日～昭和19年3月31日)
- 70歳(昭和13年4月1日～昭和14年3月31日)

※3 肝炎ウイルス検査の対象者

平成21年3月31日現在で、40歳以上76歳以下(昭和7年4月1日～昭和44年3月31日生まれ)の人で、過去に肝炎ウイルス検診を受けたことがない人。※現在肝炎の治療中の人は対象外になります。

個別健診申し込みはがき

はがきの申し込みしめくり

受診希望日の2週間前までに健診センターに着くように、ポストに投かんしてください。

- 健診を受診する人のみ、はがきをご返送ください。

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。
※平成21年3月31日現在の年齢をご記入ください。
- 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。
- 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、切手をはらずにそのままポストに投かんしてください。



(平成20年度)コスモス健診センター 住民健診申込はがき

住所	福智町 金田 937-2	
電話番号	(22) 0555	
確認事項	申込にあたり、健診料金の算定のために医療・介護認定・所得状況等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・介護認定・所得状況等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 ハナコ	フクチ タロウ
氏名	福智 花子	福智 太郎
性別	男・女	男・女
生年月日	M・T・S 43年 8月14日(40)歳	M・T・S 38年 2月25日(46)歳
健診名	国保健診 <input type="checkbox"/>	国保健診 <input type="checkbox"/>
	基本健診 <input type="checkbox"/>	基本健診 <input type="checkbox"/>
健診名	生活機能評価 <input type="checkbox"/>	生活機能評価 <input type="checkbox"/>
	胸 <input type="checkbox"/>	胸 <input type="checkbox"/>
健診名	胃 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>
	胃カメラ <input type="checkbox"/>	胃カメラ <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>	乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	大腸 <input type="checkbox"/>	大腸 <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>
	B型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>	B型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	C型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>
	第1希望 6月 11日(水)	6月 16日(月)
受診日	第2希望 6月 4日(水)	6月 20日(金)

切り取り線

(平成20年度)コスモス健診センター 住民健診申込はがき

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・介護認定・所得状況等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・介護認定・所得状況等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	男・女
生年月日	M・T・S 年 月 日()歳	M・T・S 年 月 日()歳
健診名	国保健診 <input type="checkbox"/>	国保健診 <input type="checkbox"/>
	基本健診 <input type="checkbox"/>	基本健診 <input type="checkbox"/>
健診名	生活機能評価 <input type="checkbox"/>	生活機能評価 <input type="checkbox"/>
	胸 <input type="checkbox"/>	胸 <input type="checkbox"/>
健診名	胃 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>
	胃カメラ <input type="checkbox"/>	胃カメラ <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>	乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	大腸 <input type="checkbox"/>	大腸 <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>
	B型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>	B型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	C型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>
	第1希望 月 日()	月 日()
受診日	第2希望 月 日()	月 日()

・受診者多数の場合は受診日を変更することがあります。
(変更の場合は、電話で連絡します。)

(平成20年度)コスモス健診センター 住民健診申込はがき

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・介護認定・所得状況等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・介護認定・所得状況等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	男・女
生年月日	M・T・S 年 月 日()歳	M・T・S 年 月 日()歳
健診名	国保健診 <input type="checkbox"/>	国保健診 <input type="checkbox"/>
	基本健診 <input type="checkbox"/>	基本健診 <input type="checkbox"/>
健診名	生活機能評価 <input type="checkbox"/>	生活機能評価 <input type="checkbox"/>
	胸 <input type="checkbox"/>	胸 <input type="checkbox"/>
健診名	胃 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>
	胃カメラ <input type="checkbox"/>	胃カメラ <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>	乳(2年に1回) <input type="checkbox"/>
	大腸 <input type="checkbox"/>	大腸 <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>	骨(節目年齢女性) <input type="checkbox"/>
	B型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>	B型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>
受診希望日に○をつけてください。	C型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>	C型肝炎(一生に一回) <input type="checkbox"/>
	第1希望 月 日()	月 日()
受診日	第2希望 月 日()	月 日()

・受診者多数の場合は受診日を変更することがあります。
(変更の場合は、電話で連絡します。)