

(平成19年度) 方城保健センター 総合健診申込はがき

住所	福智町 弁城 2237 番地 1	
電話番号	(22) 0520	
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 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 38年 2月 25日 (45) 歳	M・T・S 42年 11月 13日 (40) 歳
健診名	基本 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/>	基本 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/>
受ける項目に○をつけてください。	胃 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>
	乳 (2年に1回) <input type="checkbox"/>	乳 (2年に1回) <input type="checkbox"/>
	子宮 (2年に1回) <input type="checkbox"/>	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) <input type="checkbox"/>	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"/>
乳がん希望日 ○をつけてください。	10月 12日 日・13日 日・14日 日	10月 12日 日・13日 日・14日 日
健診希望日	10月 15日 (月)	10月 13日 (土)
受付希望時間 に○をつけてください。(※)	受付時間 ①: 8時40分～9時45分 ②: 10時～11時	受付時間 ①: 8時40分～9時45分 ②: 10時～11時

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 日 ※当日消印有効

- しめきり後は、電話でのお申し込みとなります。
- 喀痰検査を希望する場合は電話でお申し込みください。はがきでは申し込みできません。(☎ 28-9500)

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20年3月31日現在の年齢をご記入ください。
- 受ける健診項目に○をつけてください。
※ 内容や対象年齢などは右のページでご確認ください。
- 乳がん検診は3日間から選び、○をつけてください。
- 受診希望日をご記入ください。
- 受付希望時間に○をつけてください。

記入例

切り取り線

(平成19年度) 方城保健センター 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	基本 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/>	基本 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/>
受ける項目に○をつけてください。	胃 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>
	乳 (2年に1回) <input type="checkbox"/>	乳 (2年に1回) <input type="checkbox"/>
	子宮 (2年に1回) <input type="checkbox"/>	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) <input type="checkbox"/>	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"/>
乳がん希望日 ○をつけてください。	10月 12日 日・13日 日・14日 日	10月 12日 日・13日 日・14日 日
健診希望日	10月 日 ()	10月 日 ()
受付希望時間 に○をつけてください。(※)	受付時間 ①: 8時40分～9時45分 ②: 10時～11時	受付時間 ①: 8時40分～9時45分 ②: 10時～11時

※ 希望の多い受付時間は、申込の先着順です。
注) 乳がん検診は10月12日 日・13日 日・14日 日の3日間です。

(平成19年度) 方城保健センター 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	基本 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/>	基本 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/>
受ける項目に○をつけてください。	胃 <input type="checkbox"/>	胃 <input type="checkbox"/>
	乳 (2年に1回) <input type="checkbox"/>	乳 (2年に1回) <input type="checkbox"/>
	子宮 (2年に1回) <input type="checkbox"/>	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) <input type="checkbox"/>	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"/>
乳がん希望日 ○をつけてください。	10月 12日 日・13日 日・14日 日	10月 12日 日・13日 日・14日 日
健診希望日	10月 日 ()	10月 日 ()
受付希望時間 に○をつけてください。(※)	受付時間 ①: 8時40分～9時45分 ②: 10時～11時	受付時間 ①: 8時40分～9時45分 ②: 10時～11時

※ 希望の多い受付時間は、申込の先着順です。
注) 乳がん検診は10月12日 日・13日 日・14日 日の3日間です。

日程

10月12日 日・13日 日・14日 日・15日 日・16日 日

受付時間 8:40～11:00

乳がん検診日程 10月12日 日・13日 日・14日 日

受付時間 8:40～12:00

※ 乳がん検診のみ3日間のため、ほかの健診と日程・受付時間が異なる場合があります。

会場

方城保健センター
(福智町方城支所前、方城診療所横)



集団健診の検査項目

- 29ページの注意事項をよくお読みください。
- 肺がん検診の喀痰検査は、コスモス保健センターまで電話(☎ 28-9500)でお申し込みください。(はがき不可)

検査項目	内容	対象	料金	
基本健康診査	問診、身体・腹囲測定、血圧、尿検査、心電図、診察、血液検査、眼底など ※ 65歳以上の人は生活機能に関する検査項目	30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) ※ 右記の人のみ対象です。 ※ 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以上の人 ② 40歳以上で半年以内に血痰のあった人	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 (去年受けた人は対象外)	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 (去年受けた人は対象外)	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)	40～75歳の男女 ※2 参照	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)

40歳(昭和42年4月1日～昭和43年3月31日生)	45歳(昭和37年4月1日～昭和38年3月31日生)
50歳(昭和32年4月1日～昭和33年3月31日生)	55歳(昭和27年4月1日～昭和28年3月31日生)
60歳(昭和22年4月1日～昭和23年3月31日生)	65歳(昭和17年4月1日～昭和18年3月31日生)
70歳(昭和12年4月1日～昭和13年3月31日生)	

※2 肝炎ウイルス検査の対象者

平成20年3月31日現在で、40歳以上75歳以下(昭和7年4月1日～昭和43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方は対象外になります。