

氏名 _____ 様

地区番号 - 世帯番号 _____

宛名番号 _____

早期発見、早期治療だけでなく生活習慣病予防のためにも年に1回は健診を必ず受けましょう！

2月26日までに提出をお願いします。

検診種類・希望する月・会場に○印をつけてください。 (***)は受診対象外です) 健診内容や対象基準は、同封の早見表をご覧ください。

受診 できる 健診	電話番号 (_____) ※携帯または自宅の番号を必ずご記入ください。		年 月 日 (基準日年齢 歳) (令和4年3月31日基準の年齢です。)		
	検診種類	希望する月	希望する会場		受診しない理由(※)
	特定(基本)健診	5・7・9・11	アリーナくにとみ 保健センター(5月・9月) ※移動手段のない方のみ		
い ず れ か 1 つ	胃がん(胃カメラ)	受診する・受診しない	指定医療機関 (6月に受診券を郵送します)		
	胃がん(バリウム)	5・7・9・11	アリーナくにとみ ※移動手段のない方のみ保健センターで受診いただけます。		
	胃リスク(ピロリ菌検査)	5・7・9・11			
	大腸がん	5・7・9・11			
	前立腺がん	5・7・9・11			
い ず れ か 1 つ	肺がん(ヘリカルCT)	6・8・11	保健センター 海老原病院 けいめい記念病院		
	結核(レントゲン)	5・10	各地区公民館巡回		
	乳がん	7・10・11	保健センター ※クーポン対象者は指定医療機関でも受診可		
	子宮がん	6・8・12	保健センター ※クーポン対象者は指定医療機関でも受診可		

各種検診を「受診しない」方は、受診しない理由欄(※)に以下の番号を記入してください。

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| (2) 職場受診 | (3) 病院受診 |
| (4) 歩行困難・寝たきり・施設入所中・入院中 | (5) 忙しくて時間がない |
| (6) 治療済・治療中 | (7) 元気なので必要ない |
| (9) 町の結核検診を受診するため | (10) 町の肺がん検診を受診するため |

お問い合わせ先：国富町 保健センター (75-3553)

