

# 住民セット健診のお知らせ



## 日程と受付時間

ふるびら健幸ポイント対象事業

	特定、基本健診・胃・肺・骨	大腸	女性のがん
6月 2 (日)	6:00~11:00	6:00~15:00	6:00~15:00
3 (月)			
4 (火)	6:00~11:00		※午後はありません

### ★子ども預かりサービス★～未就学児限定～

- 日時 6月3日(月) 9時～12時 13時～15時
- 内容 健診を受けている間、会場で託児を行います。事前にお電話でご予約ください

## 各健診項目及び料金などのご案内(生活保護世帯の方は無料です)

### 特定・基本健康診査

- 対象: 令和6年度中に満19歳以上になる町民
- 料金: 600円
- 内容: 身体測定・尿検査・血圧測定・内科診察・血液検査・心電図検査・眼底検査  
腹囲測定

### がん検診

- 対象: 令和6年度中に満19歳以上になる町民
- 料金: 胃・大腸 600円  
肺 無料
- ★肺がん検診  
胸のX線写真を撮ります。必要な方には痰の検査を行います。
- ★胃がん検診  
バリウムを飲んでX線で胃の写真を撮ります。朝食を抜いて受けて下さい。
- ★大腸がん検診  
2日分の便を取り、血が混ざっていないか調べます。

### 肝炎ウイルス検査 一生に1回の検査です

- 対象: 令和6年度中に満19歳以上になる町民
- 料金: 無料
- 内容: 血液検査にて、肝炎ウイルスに感染していないかを調べます。

### 女性のがん検診 2年に1度の検査です

- 対象:  
乳がん検診 今年度中に30歳以上になる女性  
子宮頸がん検診 20歳以上になる女性
- 料金: 各600円
- ★乳がん検査 マンモグラフィー検査
- ★子宮頸がん検査 細胞検査
- オプションで卵巣エコー検査があります  
料金 1,100円

### 骨粗しょう症検査

- 対象: 令和6年度中に満16歳以上になる女性
- 料金: 600円
- 内容: 踵に超音波を当てて検査します。

### エキノコックス症検査 5年に1度の検査です

- 対象: 小学3年生以上の町民
- 料金: 無料
- 内容: 血液検査にて、エキノコックスに感染していないか調べます。

### 風疹抗体検査

- 対象: S37.4.2～S54.4.1生まれの男性
- 料金: 無料
- 内容: 血液検査で風疹抗体を調べます

お申込のご案内は裏にあります

受付期間

4月12日(金)～5月9日(木)

お申し込み方法 (いずれかをお選びください)

① 下記の申込用紙に記入し申込箱に入れる

申込箱設置所 古平郵便局 幼児センター ふるびら温泉 元気プラザ

② 役場 保健福祉課 健康推進係に提出する

③ 電話で申し込む

④ インターネット申し込む スマホ読み取り



★★★申込・問い合わせ★★★

役場 保健福祉課 健康推進係

TEL: 48-9839 (内線 133・134)

氏名	
生年月日	昭平 年 月 日
住所	古平町大字
電話番号	
ご希望されるものに✓をつけてください	◆ 加入している医療保険
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護
	<input type="checkbox"/> 上記以外のその他の健康保険
	保険名: _____ 本人・被扶養者
	◆ 希望する健診日
	第1希望 第2希望
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6月 2日(日)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6月 3日(月)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6月 4日(火)
◆ 希望する健(検)診	
<input type="checkbox"/> 基本(特定)健診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診	
<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診	
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査	
<input type="checkbox"/> エキノコックス症検査	
女性のみ	
<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 卵巣超音波検査	
<u>S37年4/2～S54年4/1 生の男性</u>	
<input type="checkbox"/> 風しん抗体検査	

氏名	
生年月日	昭平 年 月 日
住所	古平町大字
電話番号	
ご希望されるものに✓をつけてください	◆ 加入している医療保険
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護
	<input type="checkbox"/> 上記以外のその他の健康保険
	保険名: _____ 本人・被扶養者
	◆ 希望する健診日
	第1希望 第二希望
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6月 2日(日)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6月 3日(月)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6月 4日(火)
◆ 希望する健(検)診	
<input type="checkbox"/> 基本(特定)健診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診	
<input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診	
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査	
<input type="checkbox"/> エキノコックス症検査	
女性のみ	
<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検査	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 卵巣超音波検査	
<u>S37年4/2～S54年4/1 生の男性</u>	
<input type="checkbox"/> 風しん抗体検査	