

く市の健診等を活用し、自分の健康管理に努めましょう！く

●「各種健診」や「がん検診等の受診調査票」とは？
この調査は、多久市が行う集団健（検）診の対象者把握のために行う大切な調査です。

●調査票を書いたけど回答はどうしたらいいの？

提出用の封筒に入れて、4月23日(木)～4月28日(火)までに区長さんまたは班長さんに提出してください。

5月中旬以降、「特定健診・がん検診申込通知書」を送付しますので、自分の申し込まれた項目と検診日を確認してください。(図2)

※多久市国民健康保険加入の特定健診対象者には、
受診券も同封して送ります。

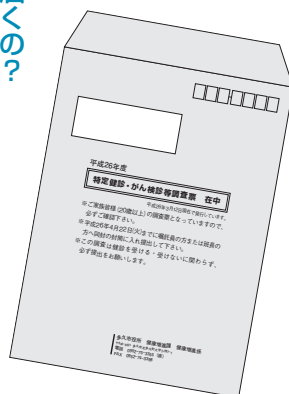
4月に区長さんまたは班長さんから、20歳以上の人がいる世帯に配られます。(図1)

世帯全員の該当項目について、漏れなく記入してください。

■連絡先となる電話番号を記入する

- 健診希望曜日：平日か日曜に○をつける
- がん検診項目：受ける場合は○をつける
- 集団検診を受けない場合：

受けない理由の番号を記入する



- 肺がん・結核検診
- 胃がん検診
- 大腸がん検診
- 前立腺がん検診
- 乳がん検診
- 子宮頸がん検診
- 骨粗しょう症検診
- 肝炎ウイルス検査
- 20歳～39歳の一般健診
(生活習慣病健診)



(圖 1)

記入見本

説明：平成27年3月16現在の世帯状況で発行しています。→ 発行日：平成27年3月16日
 すでに、変更があった場合は、変更してください。

平成27年度 各種健診（健康診査）やがん検診等（胃・子宮・大腸等）受診調査票

電話番号を記入してください。

電話番号：

多市がや行東団健（株）診の健康に関する対象者把握のため、以下の各種健診内容と日程をご確認していただき、20歳以上のご家族全員の状況について正確な記入してください。 ※詳細⇒ 対象者基準外のため受診できません
●希望を希望される場合は **●希望を希望されない場合は理由を下記から選んで番号を記入してください**

【受ける】

- 希望する項目に○をつけてください
- 平日または日曜のどちらかに○をつけてください

【受けない理由】

- ①職場で受ける
- ②病院で受ける（個別）
- ③手術している
- ④他たきり
- ⑤長期入院
- ⑥妊娠中
- ⑦受けたくない
- ⑧その他
- ⑨病院受診のため受けない

記入例	7377 氏名 姓 名	性別	バーコード 生年月日	健診 希望項目	各種健診（健康診査）										がん検診等									
					健康診断 （75歳～79歳） （1500円）	生活習慣病健診 （75歳以上） （1500円）	野矢	経緯	腸がん	胃がん	大腸がん	子宮がん	乳がん	骨髄細胞	歯周疾患	前立腺がん								
99 303 多市 太郎 62歳	男	 昭和29年10月1日	平日 日曜	○	///	○	///	○	3	9	///	///	///	///	///	///	///							

7377 氏名	性別	バーコード 生年月日	健（検）診 希望項目	各種健診（健康診査）										がん検診等									
				健康診断 （75歳～79歳） （1500円）	生活習慣病健診 （75歳以上） （1500円）	野矢	経緯	腸がん	胃がん	大腸がん	子宮がん	乳がん	骨髄細胞	歯周疾患	前立腺がん								
99 305 多市 太郎 77歳	男	昭和13年 8月 3日	平日 日曜	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///							
99 302 多市 花子 47歳	女	昭和44年 1月 2日	平日 日曜	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///							

説明：平成28年3月31日現在の年齢

●希望する項目に○をつけてください

●平日・日曜のどちらかに○をつけてください

●希望しない理由を選んで番号を記入してください

説明：多市市民健康保険に加入されている特定受診対象者（40～74歳）です。

①職場で受ける ②病院で受ける（個別） ③手術している

④他たきり ⑤長期入院 ⑥妊娠中 ⑦受けたくない

⑧その他 ⑨病院受診のため受けない

※詳細⇒ 対象者基準外のため受診できません

*年齢は、平成28年3月31日現在で表しています

問い合わせ先：多市 健康増進課 健康増進科 ☎75-3335

868-0004
佐賀県多久市東多久大字新所
郵便

様方
山田 花子 様



40000000000206

発行日 平成 年 月 日

**佐賀県多久市立
病院 発行**

特定健診・がん検診申込通知書

・ 多久市特定健診対象者の方には希望の欄に「特定健診の受診内」と両記しています

・ がん検診の申し込み項目と日程をお知らせします。施設で割り当てしていますので都合がよい場合は割日を受診してください。

・ 希望された方には検診日がつきましたら検診案内を送付します。

項目	日 程	対 象 者	内 容	料 金
特定・一般健診		40〜44歳の施設加入者 20〜39歳の希望者	血圧、尿検査、血液検査 胸部、腹部等	1,000円
肺がん検診		40歳以上	胸部レントゲン撮影	無 料
腸がん検診	☐	40歳以上の男女	胸部レントゲン撮影 大腸内視鏡検査 ※必要項目のみ検診検査	レントゲン 200円 内視鏡検査 700円
胃がん検診	☐	40歳以上の男女	胃食道（バリウム検査）	900円
大腸がん検診	☐	40歳以上の男女	便便血反応検査（2日検法）	500円
膵臓がん検診	☐	49歳以上の男	血液検査	500円
乳がん検診	☐	40歳以上の女	視触診とマンモグラフィ	40歳代 800円 50歳以上 500円
子宮がん検診	☐	20歳以上の女	子宮頸がんの細胞診検査	300円
骨密度検診	☐	40〜74歳の男女	レントゲン撮影	600円
肝・膵・胆・腎・尿管・膀胱がん検診	☐	40歳以上の男女	血液検査	無 料

・ 肝・膵・胆・腎・尿管・膀胱がん検診は、希望していない場合でも、未受診の方には○がついています。

・ がん検診に不응を感じられた方は医療機関を受診をおすすめします。

・ 乳がん検診は、1日55名の定員がありますので受けられない場合がありますのでご了承ください。

問合せ先： 多久市 健康増進課 健康推進課 電話76-3355