

令和6年度 特定健診・各種がん検診希望調査票(申込票)

〔調査票の記入のお願い〕

(R6.4.1~R7.3.31)

この調査票は、令和6年度に市が行う各種健診（検診）の対象者を正しく把握するため実施します。

受診希望の方は、各検診項目（**氏名の右側太枠内**）に **1** を御記入してください。

希望されない方は、希望しない場合の理由について 下記の **番号** を、**氏名の右側太枠内** へ御記入してください。

回答は、返信用封筒・各支所窓口提出の他に、インターネット（QRコード）でも可能です。

肺がんCT検診を希望される方は裏面へ御記入してください。

※肺がんCT検診は申込期日を過ぎると申込出来ませんのでご注意ください。

特定健診・長寿健診・子宮がん・乳がん検診で個別健診を希望する場合は、「個別」と御記入してください。

1		受診希望する（申し込む）	
場 希 望 の し 理 な い	2	会社で受診（職場健診の方）	8 人間ドック受診予定
	3	内科的治療または治療継続中	9 要介護状態のため受けない
	4	整形外科的な治療で通院中	11 手術・摘出済み
	5	施設入所・長期入院	30 その他（理由なしで受けない）
	7	妊娠中	34 自身の都合で病院受診し検査予定

申込QRコード



電話番号							女性限定		
氏名			特定健診	胃がん検診	大腸がん検診	腹部超音波検診	子宮がん検診	乳がん検診	骨粗しょう症検診
例)	健康 花子	00000000001	3	11	1	30	個別	2	1
	健康 太郎	00000000001	2	34	2	1	---	---	---

※「---」は健診（検診）の対象外。番号が記載済みの方は、健診（検診）を受診されない理由を以前提出済みですが、受診を希望される方は **1** を、理由に変更がある場合は、番号を御記入ください。

※ **令和6年2月29日(木)** までに返信用封筒にて郵送または下記問合せ先へ提出してください。

【問合せ先】

有明庁舎	保健課	保健対策係	TEL 474-1111	(内線168)
松山庁舎	総務市民課	保健係	TEL 487-2111	(内線274)
志布志庁舎	福祉保健課	保健係	TEL 472-1111	(内線208)

肺がんCT検診申込書

早期発見・早期治療に努めるためヘリカルCTを搭載した検診車による集団検診を実施しています。

市が実施する肺がん検診は、**巡回レントゲン検査又はCT検診のどちらかの受診**となります。

CT検診をされた場合、秋に予定している巡回レントゲン検査（胸部レントゲン）は受診は、必要ありません。

※ 巡回レントゲン検査は、40歳以上の方を対象に、事前に受診票を郵送しますので、申込は不要です。

◆ 肺がんCT検査対象者 **50歳以上の方**

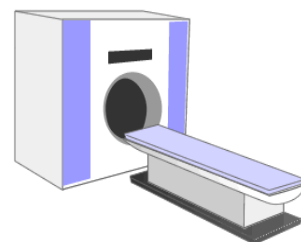
（昭和50年4月1日までに生まれた方）で次のいずれかの要件に該当する方

- ・タバコを多く吸う方、過去に喫煙経験のある方
- ・タバコの影響を受ける機会の多い方（家族に喫煙者がいる方）
- ・咳や痰など自覚症状のある方

※「喫煙指数」が、**600以上の方** 「喫煙指数」＝「1日に吸うたばこの平均本数」×「喫煙年数」

◆ 実施日等 **令和6年6月の指定日**

※ 特定健診・他のがん検診等と別の日になることもありますのでご了承ください。



【**検診自己負担額**】 **4,000 円(予定)**

【市が負担する検診費用額】 **4,200 円(予定)**

＜肺がんCT検診申込み記入欄＞ ※氏名・生年月日を御記入ください。

	氏 名	生 年 月 日
1		年 月 日
2		年 月 日
3		年 月 日
4		年 月 日

申込期限 **令和6年2月29日（木）**（当日消印有効）

※ 期日を過ぎますとお申込みいただけませんのでご注意ください。