

平成30年度桶川市集団がん検診 ご案内・申込書

今年度は保健センター改修工事のため、

受付・検診会場は分庁舎です(お間違えなく)

<検診内容>

※ 年齢は平成31年3月31日現在の年齢です。

検診名	検診内容	受診費用	受診対象者	検診日	検診日 受付時間	会場
子宮	問診・視診・内診 頸部細胞診	800 円	20歳以上 の女性 (2年に1回)	8/28(火) 9/ 8(土) 8/29(水) 9/18(火)* 8/30(木) 9/20(木) 8/31(金)* 9/27(木) 9/ 5(水)* 9/28(金) 9/ 6(木)*	午前の部 9:00 から 11:30	桶川市役所分庁舎
乳	問診 マンモグラフィ ※平成28年度より 視触診が なくなりました。 (国の指針変更あり)	800 円	40歳以上 の女性 (2年に1回)	※子宮・乳がんは同日受診できます。 ※「*印」は午前のみ託児付きです。 ※「*印」は30代健診(午前)も実施。	午後の部 1:30 から 3:00	
肺	問診 胸部レントゲン	300 円	40歳以上	10/ 3(水) 10/31(水) 10/ 5(金) 11/ 1(木) 10/ 9(火) 11/ 2(金) 10/16(火) 11/ 5(月) 10/20(土) 11/ 7(水) 10/23(火) 11/17(土) 10/26(金) 11/29(木) 10/27(土) 11/30(金) 10/30(火)	午前のみ 8:30 から 11:00	
	喀痰検査 (胸部レントゲン 受診者で問診で 該当された方)	500 円		大腸がんは 11:30まで		
胃	問診 レントゲン撮影 (バリウム検査)	800 円		※肺、胃、大腸がん検診は 同日受診できます。		
大腸	便潜血検査 (2日法)	300 円				

<がん検診についてご理解ください>

- 「肺がん検診」は特定健康診査と同時実施の「胸部レントゲン検査(結核検診)」(65歳以上)と
両方の受診はできません。肺がん検診をご希望の方は、集団がん検診をお申込ください。
- 「*印」の4日間(8/31, 9/5, 9/6, 9/18)の午前中は託児が必要な方、30代健診を受診する
方を優先とさせていただきますのでご了承ください。
- ・がん検診は無症状の方が対象です。自覚症状がある場合は、必ず医療機関を受診してください。
- ・がん検診で要精密検査の結果になった場合、必ず医療機関で再検査を受診する必要があります。
- ・がん以外の他の病気が発見されることがあります。再検査を受診し結果を確認してください。
- ・医療機関で再検査を受診すると、検査結果が市へ報告されますのでご本人から結果報告は不要です。
- ・再検査を受診していない方へは後日、再検査勧奨通知やお電話をすることがあります。

<申込期間>

- 郵送・FAX・インターネット(電子申請) (6/ 5~6/22)
- 分庁舎窓口(受付票をお渡しします) (6/19~6/22)
- 分庁舎特設がん検診申込用ポスト投函(6/ 5~6/22)
※特設ポスト投函の際は、受付票のお渡しは出来ません。

全てのお申込締切日は6月22日(金)です

※期間外の申込は受付できませんのでご了承ください。

- ・電子申請申込のOS対応はWindowsのみです。詳細は電子申請トップページをご確認ください。
- ・検診日は希望者多数の場合、抽選とさせていただきます。
- ・検診受付時間は希望に添えないため、抽選で振り分けさせていただきます。
- ・30代健診は8月に別途電話申込が必要になります。(詳細は広報8月号に掲載)



<がん検診の流れ>

1. 事前申込をする (6/5~6/22)

- ・申込書に希望日を記入し、希望の検診をお申込みください。

2. 自宅へ郵送される受診券(はがき)を確認する (8/10~8/18)

- ・8/18迄に自宅に受診券(はがき)が届くので、受診日時を確認してください。
- ・都合が悪い場合は8/20から電話で予約変更をしてください。

受診券が届かない場合はすぐにご連絡ください。

3. 受診券を持参し検診日に受診する (女性がん:8,9月 その他:10,11月)

- ・子宮がん、乳がん検診 : 指定された日時に受診券と費用を持参し受診となります。
- ・肺、胃、大腸がん検診 : 受診日の約1週間前に受診票の入った角2サイズの封筒(受診票、検便容器、検診受診の説明文在中)が届きましたら封筒の中身を確認してください。
指定された日時に受診券、受診票、費用、検便(大腸がん検診の希望者のみ)を持参し受診となります。

4. 検診日から約1か月後に受診結果が自宅に郵送される

- ・結果をすぐに開封し確認してください。
- ・結果が要精密検査の場合には、早急に医療機関で再検査を受診しましょう。
- ・専門の医療機関等をお探しの場合はご相談ください。

<申込方法> ※申込前に**がん検診を受診できない方**に該当しないかご確認ください。

● 分庁舎窓口受付

受付日時	6月19日(火)～22日(金)	6月22日(金)
受付時間	午前9:00～11:30 午後1:00～ 4:30	午前9:00～11:30 午後1:00～ 3:00
受付場所	桶川市役所分庁舎 (桶川市上日出谷936-1)	地域福祉活動センター3階 会議室3 (桶川市末広2-8-8) ※総合福祉センターの隣の建物です。

● 郵送、FAX、電子申請(メール) 受付

6月5日(火)～6月22日(金)必着

桶川市ホームページの健康・福祉「集団がん検診」のページにある**電子申請**からお申込みください。(健康増進課宛てへのメールでは、お申込みできません。)

住 所	〒363-8501 桶川市上日出谷936-1 桶川市役所分庁舎健康増進課行
F A X	048-786-0096 桶川市健康増進課行 (番号間違いのないようお願いします)

(FAXの際は必ず**発信者番号通知**をして、送信面を確認してください。

また、到達確認のお電話での問合せは、件数が多く即答できない場合があります。)

<がん検診を受診できない方>

● 次のいずれかに該当する場合は受診できません。

- ※ 受診日に桶川市の住民でなくなった方(転出先の市町村に相談ください)
- ※ 今年度に個別検診(医療機関)で、胸部レントゲン検査、大腸がん、子宮がん、乳がん検診を受診する予定、もしくは受診された方は、その集団がん検診は受診できません。
- ※ がん治療を受けた方 (治療したがん以外の種類の検診は受けられます)
- ※ 前年度に「子宮がん検診」「乳がん検診」を受けた方 (国の指針により2年に1回の受診になります)
- ※ 何らかの自覚症状がある方 (検診を待たず、すみやかに医療機関を受診してください)
- ※ 以下の表で×印に該当する場合は安全性確保のため**医療機関での受診**をおすすめします。

	子宮	乳	肺	胃	大腸
妊娠中、または妊娠の可能性がある。	×	×	×	×	
自力で立ってられない。動くことに介助が必要である。	×	×	×	×	
ペースメーカーを装着している。		×	×		
胃・腸の手術歴がある。1年以内に開腹手術(帝王切開含む)を受けた。				×	
外傷などで胸部を治療中である。		×			
授乳中(産後1年未満)である。豊胸手術を受けた。		×			
生理中、または生理後2日以内である。	×				×

平成30年度桶川市集団がん検診申込書

【住所】 363- 桶川市													
フリガナ 【氏名】					フリガナ 【氏名】								
【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 (現在 歳)					【生年月日】 大・昭・平 年 月 日 (現在 歳)								
【連絡の取れる電話】 - -					【連絡の取れる電話】 - -								
希望に○をつける		希望 ①		希望 ②	希望 ③	希望に○をつける		希望 ①		希望 ②	希望 ③		
子宮 2年に1回	託児希望 有・無	30代健診 有・無	いつでも良い	/	/	/	子宮 2年に1回	託児希望 有・無	30代健診 有・無	いつでも良い	/	/	/
乳 2年に1回							乳 2年に1回						
肺	いつでも良い			/	/	/	肺	いつでも良い			/	/	/
胃				胃									
大腸				大腸									
事務欄													

きりとり線

申込書の記入方法

※上記で2名様分のお申込みができます。



- ①住所、氏名、生年月日、年齢、連絡の取れる電話番号を記入してください。
- ②ご希望のがん検診に『○』を、希望しないものには『×』をつけてください。
- ③子宮・乳がん検診を受診される方は、託児の希望「有・無」に『○』を付けてください。
- ④30代健診を受診予定の方は、希望「有・無」に『○』を付けてください。(8月に別途申込必要)
- ⑤表紙記載の検診日から、**希望日を3日間記入**してください。

※「いつでも良い」に○を付けた場合は、希望者の少ない日に優先的にご案内します。

※毎年、**検診開始後の3日間**は希望者が多く、**抽選**になることが予想されます。
その場合は、希望日以外のご案内になりますのでご了承ください。

受診券(はがき)が8/18(土)迄に届きます

- ★受診券(はがき)が自宅に届いたら、必ず**受診日時の確認**をお願いします。
- ★完全予約制のため、受診券記載の**受診日時を厳守**してください。
- ★変更が必要な場合は、8/20(月)午前9時から電話で**変更**を受付けます。
健康増進課へご連絡ください。
- ★追加で他のがん検診をご希望の方も必ずご連絡ください。

<お問合せ> 健康増進課:上日出谷936-1 分庁舎内 ☎786-1855