

各種検診の申込み、 検診までの流れについて

◆「各種検診のお知らせ」を確認いただき、検診の申込みをします。



検診の申込みは、

①電話申込み (34-2111)

②FAX申込み (34-3766)

※右半分を切り取って送信して下さい

③すこやかセンター窓口で直接申込み
のいずれかの方法でお申し込み下さい。

内容に不明点などがありましたら、保健指導係まで
お問い合わせ下さい。

◆申込み後は、次のような流れになります。検診の案内が役場から届かない時は、保健指導係までお問合せ下さい。

6月住民健診を申し込んだ方

- ・5月下旬～6月上旬にご自宅に健診の案内が届きます。
内容をチェックし問診票に必要事項を記載し、健診を受けて下さい。
- ・健診の結果は7月下旬ころ郵送か、8月上旬の結果相談会でお返しします。

8月レディース検診を申し込んだ方

- ・8月中旬頃に検診の案内が届きます。内容をチェックし問診票に必要事項を記載して下さい。
- ・8月30日にすこやかセンターで検診を受けます。
結果は9月下旬に郵送か、保健師が訪問してお返しします。

人間ドック・ミニドック、乳・子宮がん個別を申し込んだ方

- ・7月上旬頃に役場から検診日程・金額等の案内が届きます。日程の都合が悪い方は直接
深川市立病院健診センターに相談し日程調整をお願いします。
- ・検診日2週間程前に深川市立病院から問診票等が届きます。内容をよくお読みになり、
必要事項を記載の上、ご持参ください。
- ・病院で検診を受けた後、結果は当日のうちに説明があるか、後日郵送で返却となります。

いずれの検診もいなかーどに
50ポイントがつきます



問合せ先：北竜町役場住民課保健指導係（Tel34-2111、FAX34-3766）

令和3年度 北竜町各種検診申込み用紙【左面をご確認下さい】

始めに、世帯主様の情報をご記入下さい

町内会 _____ 世帯主氏名 _____ 電話番号 _____ - _____ .

希望する検診の太枠内に、氏名、年齢、また希望する検診に○を記載下さい。

23日に改善センターで
受診可能な方に限りま
す

①6月のがん検診・特定健診・後期高齢者健診を申し込む方

| 氏名 | 年齢 | 希望の検診に○をして下さい | | | | | | |
|----|----|---------------|-----|------|-------|--------|---------|------|
| | | 胃がん | 肺がん | 大腸がん | 前立腺がん | 国保特定健診 | 後期高齢者健診 | 歯科健診 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

※お住まいの地区と違う検診会場をご希望の方は保健指導係までご連絡下さい。

②人間ドックを申し込む方

電話番号 _____

| 氏名 | 加入保険 (どれかに○) | 希望のオプションに○をして下さい | | | | | | | 胃バリウムなし | 希望時期 |
|----|--------------------|------------------|------|---------------|---|-------|------|------|---------|------|
| | | 乳がん | 子宮がん | | 骨 | 前立腺がん | 動脈硬化 | 脳 | | |
| | 国保 後期高齢 上記以外 | | IJ- | HPV (一部有料) | | | | (有料) | (有料) | |
| | 国保 後期高齢 上記以外 | | | HPV (一部有料) | | | | (有料) | (有料) | |

③ミニドックを申し込む方

| 氏名 | 加入保険 (どれかに○) | 胃バリウムなし | 前立腺がん | 希望時期 |
|----|--------------------|---------|-------|------|
| | 国保 後期高齢 上記以外 | | | |
| | 国保 後期高齢 上記以外 | | | |

申込み後、確認のお電話をすることがありますので、必ず電話番号の記載をお願いします。

※②・③で、胃がん検診を希望されない場合は、「胃バリウムなし」に○をご記入下さい。また、検診の希望時期を明記下さい。(例:10月下旬、など)

レディース検診(集団・個別)を申し込む方

電話番号 _____

(1)8月30日(月) 8:30～ すこやかセンターレディース検診を希望の方

| 氏名 | 年齢 | 受けたいものに○ | | | | |
|----|----|----------|-------|------|--------|--------|
| | | 乳がん | 乳腺エコー | 子宮がん | 婦人科エコー | HPV検査 |
| | | | (有料) | | | (一部有料) |
| | | | (有料) | | | (一部有料) |

(2)深川市立病院個別検診を希望の方

| 氏名 | 年齢 | 受けたいものに○ | | | | 希望時期 |
|----|----|----------|------|--------|--------|------|
| | | 乳がん | 子宮がん | 婦人科エコー | HPV検査 | |
| | | | | | (一部有料) | |
| | | | | | (一部有料) | |

申込み先⇒電話: **34-2111**、FAX: **34-3766**