

令和4年度 北竜町 各種検診申込み用紙

世帯主様の情報と、日中連絡がとれる電話番号を記載して下さい。

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。

22日の和地区の健診
受診可能な方に限ります

①6月がん検診・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	肝炎	風しん抗体	特定健診(国保・後期高齢者)	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

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	婦人科I-	HPV	骨	喀痰	前立腺	動脈硬化	脳		
	国保 後期高齢 上記以外				(一部有料)					(有料)	(有料)	
	国保 後期高齢 上記以外				(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○)	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	婦人科I-	HPV	骨	喀痰	前立腺	動脈硬化	脳		
	国保 後期高齢 上記以外				(一部有料)					(有料)		
	国保 後期高齢 上記以外				(一部有料)					(有料)		

※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、検診の希望時期をご記入下さい。(例:10月下旬、など)

レディース検診(集団・個別)を申し込む方

(1)9月1日(木)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	骨粗しょう症	
					(一部有料)		
					(一部有料)		

申込み先⇒電話: **34-2111**、FAX: **34-3766**