検診の

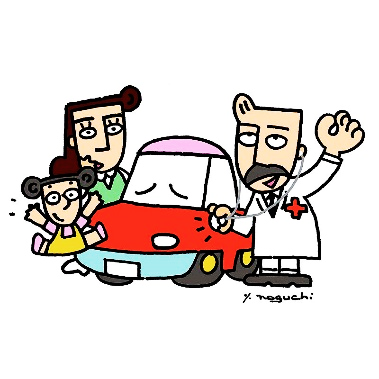
ご案内

***令和４年度「検診一括申込み」が届いたら***

***記入して提出してください***

**【社会保険の方も受診できます！】**

申込みされた方には，受診票をお送りします。

＊ご家族等で「寝たきり」や「長期不在」の方がいる場合は代わりに記入して提出してください。

問合せ先：町民保健課　☎　86-1157

kenshin@town.nagashima.lg.jp

**【提出期限】令和４年２月28日（用紙による提出）**

**【記入方法】**裏面を参考にしてください。

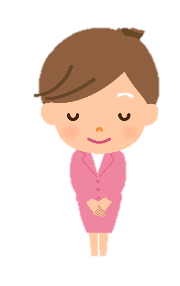
**【提出先】**①自治公民館長　　　②町民保健課　　　③総合管理課

④メール：用紙を撮影して送信　　　　　⑤電子申請（↓二次元コード）

（二次元コード→）

二次元コードを読み取ると，④はメール画面が開きます。⑤は登録画面に進みます。

④⑤は３／10まで申請できます。用紙の提出をうっかり忘れていた等の場合もご活用ください。





～がん検診とは～

●がん検診の目的は，無症状のうちに「がん」を早期発見し，適切な治療を行い，がんによる死亡を減少させることです。

●検診は，国が推奨している方法により実施されますが，どんなに優れた検査でも，全ての「がん」を見つけることはできません。

**【国が推奨しているがん検診】**以下の5つ

**胃がん・大腸がん・肺がん・子宮がん・乳がん**

●がんの場所や大きさ，種類によっては見つけにくいこともあります。また，精密検査を受けて「異常なし」ということもあります。

●だからこそ，定期的にがん検診を受けることや，自覚症状があれば医療機関を受診することが重要です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 検診方法 | 対象年齢と  適切な受診間隔\* | 参考  検診費 | 自己負担額 |
| 胃がん　　\* | 胃部Ｘ線（バリウム）検査 | 40歳以上の男女  2年に1回 | 5,000円 | **なし** |
| 大腸がん　\* | 便潜血検査 | 40歳以上の男女  1年に1回 | 2,000円 | **なし** |
| 肺がん　　\* | 胸部Ｘ線検査 | 40歳以上の男女  1年に1回 | 1,500～  2,000円 | **なし** |
| 子宮がん　\* | 子宮頸部の細胞診 | 20歳以上の女性  2年に1回 | 4,000～  6,000円 | **なし** |
| 歯周疾患 | 歯周ポケットの検査 | 20歳以上の男女 | 4,000円 | **なし** |
| 腹部超音波 | 腹部のエコー検査 | 40歳以上の男女 | 4,000円 | **2,000円** |
| 骨粗しょう症 | かかと部の超音波検査 | 40歳以上の男女 | 1,000円 | **500円** |
| 前立腺がん | PSA検査（採血） | 40歳以上の男 | 2,000円 | **1,000円** |

\*厚生労働省：がん検診実施のための指針（平成28年2月4日一部改正）に記載されている検診のみ記載

【一括申込書の記入例】

**※※R4年度は乳がんの集団検診は実施をしない年となりますので，全員“対象外”と記載されています。※※**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検診種別 | 受診  する | 受診しない（理由に○印をつけてください） | | | | | | | |
| 職場  検診 | 病院  人間ドック | 治療中  管理中 | 手術  （切除等） | 入院中  入所中 | 寝たきり  歩行困難 | 長期不在 | 妊婦 |
| 胃がん | **×** |  |  |  | ○ |  |  |  |  |
| 大腸がん | ○ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 肺がん（結核） | **×** | ○ |  |  |  |  |  |  |  |
| 子宮がん | **対象外** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** |
| 乳がん | **対象外** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** | **＊＊＊＊＊** |
| 歯周疾患 | ○ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腹部超音波 | ○ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 骨粗しょう症 | **×** |  |  | ○ |  |  |  |  |  |
| 前立腺がん | ○ |  |  |  |  |  |  |  |  |

**【 記入方法 】**

**全ての検診項目へ「〇」か「×」を記入してください。**

**受診を希望しない場合　⇒「×」⇒**理由欄の希望しない理由に“〇”をつけてください。