平成２９年１月に「ふれあいプラザ」で行う特定健康診査等申込書

１．氏名等をご記入ください。（必須）

氏名		生年月日	昭和　　年　　月　　日
住所	上士幌町	電話	

２．特定健診を受診する月について

希望する健診日の太枠内に ○ をご記入ください。

1 月 25 日(水)	1 月 26 日(木)	1 月 27 日(金)

※定員に達した場合は、希望の日時に添えない場合があります。

３．がん検診・オプション検診について

胃がん検診・肺がん検診・大腸がん検診は毎年受診することをお勧めしています。特定健診と同日実施が可能ですのでご利用下さい。

がん検診・オプション検診を希望する場合は、太枠内の（　　）に ○ をご記入下さい。

項　　目	個人負担	検査内容
（　　）　胃がん検診	1,400 円	胃バリウム検査
（　　）　肺がん検診	400 円	胸部レントゲン検査
（　　）　大腸がん検診	500 円	便潜血反応検査（検便）
（　　）　前立腺がん検診	2,700 円	血液検査
（　　）　骨粗鬆症検診	節目年齢 500 円※ （その他の年齢の方は 1,512 円）	骨のレントゲン検査
（　　）　エキノコックス症検診	400 円	血液検査
（　　）　肝炎検診　※初回者限定	800 円	血液検査

※　骨粗鬆症検診の節目年齢とは、

H29 年 3 月 31 日時点で 40、45、50、55、60、65、70 歳の女性の方です。

12 月 26 日（月）までに、お申し込み下さい。後日、町より問診票等を送付いたします。

【申込先】役場保健福祉課健康増進担当（ふれあいプラザ内）

電話　２−４１２８／ＦＡＸ　２−４１３４