

令和5年度 結核検診・肺がん検診及び大腸がん検診日程表

【受付時間】

午前の部 午前9時30分～11時30分

午後の部 午後1時30分～3時

夜間の部 午後5時～7時（8月24日（木）のみ実施）



月日	区分	会場	対象地区
7月31日 (月)	午前	御所公民館	外柵沢 矢用 片子沢 九十九沢
	午後		鶯宿 赤滝
8月1日 (火)	午前	御所公民館	柵沢 天戸
	午後		安庭 籬野 町場 矢櫃
8月2日 (水)	午前	御明神公民館	天川 中島 黒沢 まがき 下春木場 上春木場
	午後		和野 上和野 上野沢 横欠 土橋 岩持 (明) 谷地 下川原
8月3日 (木)	午前	天瀬公民館	滝沢 南 天瀬 中南
	午後	旧橋場小学校	橋場 安栖 小赤沢 山津田
8月4日 (金)	午前	保健センター	上町3 中町1
	午後		高前田1 高前田2 元御所
8月7日 (月)	午前	七ツ森公民館	七ツ森・丸谷地 小岩井
	午後	東町公民館	東町
8月8日 (火)	午前	西山公民館	小松 上西根 八丁野
	午後		六区 七区 八区 西根谷地
8月9日 (水)	午前	西山公民館	林崎 篠崎
	午後		野中 上駒木野 駒木野 葛根田
8月10日 (木)	午前	五区公民館	盆花 極楽野 五区 網張
	午後	保健センター	駅前 長根
8月17日 (木)	午前	保健センター	林
	午後		中町2 中町3 下町1 下町2 下町3
8月18日 (金)	午前	晴山公民館	晴山
	午後	大村伝承館	馬場 大村 男助
8月19日 (土)	午前	保健センター	★指定された日程で受けられない人
	午後		
8月23日 (水)	午前	保健センター	上町1 上町2
	午後		下町4 板橋
8月24日 (木)	午後 夜間	保健センター	★指定された日程で受けられない人
8月25日 (金)	午前	保健センター	(雫) 谷地 中沼
	午後		黒沢川 陽和郷
8月26日 (土)	午前	保健センター	★指定された日程で受けられない人
	午後		

【注意事項】

- ①対象地区を分けていますが、上記日程内であればどの会場でも受けられます。（事前連絡不要）
- ②受診の際は、マスクの着用にご協力ください。

[お問い合わせ 雫石町健康子育て課 019-692-2227]

裏面もご覧ください。

【受診票の記入方法】

※個人情報の取り扱いについては、裏面をご覧ください。

個人情報の取り扱いについて(次のチェックボックスに を記してください。)

同意する 同意しない

個人情報の取り扱いについてご同意をいただけない場合には、医療サービスの提供に支障が出る場合がございます。

23

お願い 黒の鉛筆で記入してください。ご利用紙は折らないでください。

受付番号	団体名	健診年月日	年 月 日
フリガナ氏名	性別 男・女	生年月日	年 月 日
住所	TEL ()	年齢	歳

「個人情報の取り扱いの同意欄」と「電話番号」を**鉛筆**で記入してください。

健康者ID	地域	管理番号	地域
-------	----	------	----

MMGナンバリング	M	MMG	なし	子宮がん検診	なし	あり	喀痰検診	なし	あり
胸部ナンバリング	胸部	なし	乳がん検診	なし	あり				
CRナンバリング	C	CR	なし						

女性の方のみご記入ください
妊娠中ですか
 はい () 週 いいえ

1 あなたが今までにかかった病気がありましたら既往歴・処置の2ヶ所に縦線をご記入ください。
 特になし

疾病名	既往歴あり	処置
高血圧症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 下記症状について該当する に縦線をご記入ください。

自覚症状	1ヶ月以上続く「せき」	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	6ヶ月以内の「血たん」	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	胸や背中の痛み	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
	1ヶ月以上続く「たん」	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	息切れ	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	声がかすれてきた	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>

3 昨年「肺がん検診」は受けましたか。 はい いいえ

「結核検診・肺がん検診」を受ける人は実線内を**鉛筆**で記入してください。

疾病名	既往歴あり	処置
肺結核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD (肺気腫など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
気管支喘息	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※「習慣的に吸っている方」とは吸いはじめてから合計100本以上又は6ヶ月以上吸っている方で、最近1ヶ月間も吸っている方。

現在タバコを習慣的に吸っている。 吸う やめた 吸わない

1日約 本・約 年間

・タバコを吸っている方 禁煙の意はありますか はい いいえ

4 あなたが今までにかかった病気がありましたら既往歴・処置の2ヶ所に縦線をご記入ください。
 特になし

疾病名	既往歴あり	処置
胃・十二指腸潰瘍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痔疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 下記について該当する に縦線をご記入ください。

「大腸がん検診」を受ける人は点線内を**鉛筆**で記入してください。

肺がん検診を受ける方はご記入ください。

肺がん検診を受ける方はご記入ください。

大腸がん検診を受ける方はご記入ください。

大腸がん検診を受ける方はご記入ください。