

令和7年度 結核検診・肺がん検診及び大腸がん検診日程表

月日	会場	受付時間	対象地区
7月28日 (月)	保健センター	9:30~11:30	高前田1 高前田2
		13:30~15:00	上町3 中町2 中町3
7月29日 (火)	保健センター	9:30~11:30	上町1 上町2
		13:30~15:00	板橋 黒沢川
7月30日 (水)	大村伝承館	10:00~11:00	馬場 大村 男助 ※受付時間に注意
	保健センター	13:30~15:00	下町1 下町2 下町3 下町4
8月1日 (金)	晴山公民館	9:30~11:30	晴山
	五区公民館	13:30~15:00	盆花 極楽野 五区 網張
8月4日 (月)	保健センター	9:30~11:30	林
		13:30~15:00	中沼 陽和郷 元御所
8月5日 (火)	御所公民館	9:30~11:30	鶯宿 赤滝 外桝沢 九十九沢
		13:30~15:00	桝沢 矢用 矢櫃
8月6日 (水)	御所公民館	9:30~11:30	片子沢 天戸
		13:30~15:00	安庭 籬野 町場
8月8日 (金)	御明神公民館	9:30~11:30	中島 横欠 土橋 岩持 (明) 谷地 下川原
		13:30~15:00	下春木場 上春木場 和野 上和野 上野沢
8月18日 (月)	西山公民館	9:30~11:30	六区 七区 八区 八丁野
		13:30~15:00	野中 小松 西根谷地
8月20日 (水)	西山公民館	9:30~11:30	林崎 上西根
		13:30~15:00	上駒木野 駒木野 葛根田 篠崎
8月22日 (金)	旧橋場小学校	10:00~11:00	橋場 安栖 小赤沢 山津田 ※受付時間に注意
	御明神公民館	13:30~15:00	滝沢 南 天瀬 天川 中南 黒沢 まがき
8月25日 (月)	保健センター	9:30~11:30	中町1 (雫) 谷地
		13:30~15:00	駅前 長根
8月29日 (金)	東町公民館	9:30~11:30	東町
	七ツ森公民館	13:30~15:00	七ツ森・丸谷地 小岩井
8月30日 (土)	保健センター	9:30~11:30	★指定された日程で受けられない人
		13:30~15:00	
9月1日 (月)	保健センター	13:30~15:30	★指定された日程で受けられない人 ⑨午前は実施していません。
		17:00~19:00	
9月2日 (火)	保健センター	9:30~11:30	★指定された日程で受けられない人
		13:30~15:00	

【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 雫石町健康推進課 019-692-2227]

裏面の受診票の記入方法をご確認ください。

【受診票の記入方法】

※個人情報取り扱いについて(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 ☐

26

受付番号

フリガナ氏名

住所

地域

団体名

性別

生年月日

TEL

健診年月日

年齢

必ず「個人情報の取り扱いの同意欄」と「電話番号」を黒いえんぴつで記入してください。

MMG検査

胸部ナンバリング

乳がん検診

胸部

女性の方のみご記入ください

妊娠中ですか

口はい()週 口いいえ

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 ☒

治療中：主治医のもとで服薬治療を行っている場合。

経過観察中：主治医のもとで定期検査や食事療法等を行っている場合。

健診のみでの経過観察中は含まない。

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」 ☐ 1 ☐ 6ヶ月以内の「血たん」 ☐ 3 ☐

1ヶ月以上続く「たん」 ☐ 2 ☐ 息切れ ☐ 4 ☐ 胸や背中の痛み ☐ 5 ☐

声がかすれてきた ☐ 6 ☐

肺がん検診を受ける方はご記入ください。

「結核検診・肺がん検診」を受ける人は枠内を黒いえんぴつで記入してください。

乳がん

心疾患

現在タバコを習慣的に吸っていますか。

吸わない ☐ 吸う ☐ やめた ☐

吸う又はやめた方 1日約 888 本・約 88 年間

・タバコを吸っている方 禁煙の意思はありますか ☐ はい ☐ いいえ

大腸がん検診を受ける方はご記入ください。

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 ☐

大腸がん検診を受ける方はご記入ください。

5 下記について該当する ☐ に縦線をご記入ください。

2 ☐ 3 ☐

父 祖母 父 母 兄弟姉妹

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」を受ける人は枠内を黒いえんぴつで記入してください。

健診機関

公益財団法人岩手県予防医学協会

2024 39,000