

【胃がん検診のお知らせ】

実施日	11月7日(月) 8日(火) 9日(水)
受付時間	8時 8時30分 9時 9時30分 10時 10時30分 11時 11時30分
対象	35歳以上(平成24年3月までに)
検査方法	バリウムによる胃のレントゲン
定員	各日とも130名
自己負担金	500円
申込み方法	官製はがきでお申し込みください。(下記記入例参照)
募集期間	平成23年9月1日～9月30日(消印有効)
その他	開腹手術をした方は医療機関での受診をおすすめします。

《記入例》

<div style="border: 1px dashed black; width: 80px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <p style="text-align: center;">郵便はがき 354-0041</p> <p style="text-align: center;">三芳町保健センター 行き</p>	<p style="text-align: center;">三芳町大字藤久保 185-1</p>						
<ol style="list-style-type: none"> 1. ○○がん検診申込み 2. 現住所 3. 氏名(フリガナ) 4. 生年月日 5. 性別 6. 日中連絡のとれる電話番号 7. 検査日・受付時間のご希望 <table style="margin-left: 20px; border: none;"> <tr> <td>第一希望</td> <td>○月○日○時</td> </tr> <tr> <td>第二希望</td> <td>○月○日○時</td> </tr> <tr> <td>第三希望</td> <td>○月○日○時</td> </tr> </table> 		第一希望	○月○日○時	第二希望	○月○日○時	第三希望	○月○日○時
第一希望	○月○日○時						
第二希望	○月○日○時						
第三希望	○月○日○時						

申込み記入例の「2.」に現在の滞在地と被災地の住所の両方をご記入ください。受診券は現在の滞在地に郵送します。

【乳がん検診のお知らせ】

実施日	募集期間(消印有効)
平成24年 1月26日(木) 27日(金)	平成23年 11月1日～11月30日
平成24年 3月21日(水) 22日(木) 23(金)	平成24年 1月1日～1月31日

受付時間	9時 10時 11時 13時 14時 15時
対象	30歳以上の女性の方で偶数月生まれの方 ※奇数月生まれの方で平成22年度(平成22年4月1日から平成23年3月31日)に、町の乳がん検診を受診されていない方は対象となります。

検査方法	医師の視触診とマンモグラフィー
定員	各日とも100名 ※申し込み多数の場合は偶数月生まれの方を優先に抽選となります。

自己負担金	2000円
申込み方法	官製はがきでお申し込みください。(左記記入例参照)

※ 下記の方は、マンモグラフィーによる検査は出来ません。かかりつけ医にご相談ください。

- ① 妊娠している方。または妊娠している可能性のある方
- ② 授乳中の方(きちんとした圧迫、撮影ができません)
- ③ 豊胸術をされた方(圧迫により豊胸パックが破裂する可能性があります)
- ④ 胸壁に人工物(ペースメーカー・IVHポート・IVシヤントなど)が入っている方(圧迫により破損する可能性があります)
- ⑤ 乳房の手術後1年以内の方