

新座市集団検診申込内容送信票

・聴覚に障害があり、電話予約ができない方は下記【集団検診申込内容】の1～3を記入し、送信してください（FAX番号：048-481-2215）。
・検診対象者、検診日時、検診内容等の詳細については、新座市ホームページ又は健康応援ガイドを御確認ください。
<https://www.city.niiza.lg.jp/site/seizinkensin/syudankensin.html>

【集団検診申込内容】 (提出年月日： 年 月 日)

1 受診者の情報

氏名	
生年月日	年 月 日
住所	新座市
連絡先※	

※連絡先は、連絡のとれるメールアドレス又はFAX番号を記入してください。

2 受診希望日時

受診希望日	
受診希望時間	

※希望日が複数あれば全て記入してください。

※希望時間は希望があれば記入してください。

(記入例：午前、午後、9時から10時頃)

※予約の空き状況により、予約がとれない場合があります。

※検診項目によっては午前のみ行っている検診があります。

3 受診を希望する検診項目 (□に✓を入れてください。)

<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診	(視診・内診・細胞診)
<input type="checkbox"/> 乳がん検診	(マンモグラフィ検査)
<input type="checkbox"/> 肺がん検診	(胸部X線検査)
(<input type="checkbox"/> 喀痰細胞診検査※)	
<input type="checkbox"/> 大腸がん検診	(便潜血反応検査)
<input type="checkbox"/> 胃がん検診	(胃部X線(バリウム)検査)
<input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検診	
<input type="checkbox"/> 30代のからだチェック	(自己負担1,200円)

※検診によって受診できる対象年齢等が異なります。

※喀痰細胞診検査について、肺がん検診を受診する50歳以上の方で喫煙指数(一日の喫煙本数×これまでの喫煙年数)が600以上の方は検査できます。