

H26年度 あなたの健康を守るため村では次のような検診を計画しました。

年1回は必ず検診を受けましょう

検診名	対象者	検診日	受診料	内容
特定健診	40歳～74歳の 青木村国民健康保険 加入の方	5月9日・12日～15日	1,500円	血液検査・身体測定・腹囲測定・尿検査・血圧測定・心電図・眼底検査 生活習慣病の減少をめざして行います。健診結果により特定 保健指導の必要な方には個別指導を行います。 65歳以上の方は介護予防のための項目が加わります。
循環器健診	19歳～39歳の 青木村国民健康保険 加入の方	11月13日・14日	1,500円	血液検査・身体測定・腹囲測定・尿検査・血圧測定・ 心電図・眼底検査 65歳以上の方は介護予防のための項目が加わります。 40歳～74歳までの青木村国民健康保険以外の保険に加入 されている方の健診が医療保険者に義務づけられました。 詳しくは、加入されている医療保険者または、勤務先にお 問い合わせください。
	19歳～74歳の 青木村国民健康保険 以外の保険に加入の方	11月13日・14日	8,177円	
いきいき健診	75歳以上の方	5月9日・12日～15日	1,500円	
骨密度検診	20歳・25歳・30歳・35歳 40歳・45歳・50歳・55歳 60歳・65歳・70歳の年齢に 該当する女性	5月9日	500円	超音波で踵の骨の骨密度を測定します。
肝炎ウイルス 検査	40歳以上で過去にこの検査 を受診したことのない方	5月9日・12日～15日 11月13日・14日	500円	C型肝炎とB型肝炎に感染しているかどうか採血して検 査します。
前立腺がん検診	50歳以上の男性	5月9日・12日～15日 11月13日・14日	1,728円	前立腺がんの早期発見には前立腺特異抗原(PSA)値の 測定が有用で、血液検査によって調べられます。
①肺がん検診 (レントゲン)	40歳以上の方	7月28日～30日	500円	40～64才の方は①②のどちらか1つを選んで下さい。 65才以上の方は①②③のうちのどれか1つを選んで下さい。 ※②肺がんCT検診は完全予約制で行います 再度受診確認をさせていただきます。
②肺がん検診 (肺がんCT検診)		11月13日・14日	3,000円	
③結核検診	65歳以上の方	第一次 10月23日・24日 第二次 11月20日	無料	
胃検診 大腸検診	35歳以上の方	1月8日・9日・15日・16日	胃検診：500円 大腸検診：無料	胃検診・バリウムによるレントゲン検診 大腸検診・便潜血反応検査
乳房検診 (マンモグラフィ)	40歳～74歳の女性	9月30日・10月2日・3日・9日	1,000円	2年に1回の受診とします。 乳房のX線撮影をします。 完全予約制で行います。 7月頃に再度受診確認をさせ て頂きます。
乳房検診 (超音波検診)	30歳以上の女性	9月2日・10日・19日・26日 10月8日・31日	500円	乳房の超音波検診を行います。完全予約制で行います。 医師の診察はありません。7月頃に再度受診確認をさせ て頂きます。
子宮頸がん検診	20歳以上の女性 2年に1回の受診とします。 今年度は入田沢・中村・ 下奈良本・沓掛・夫神・ 青木地区の方が対象と なります。	2月17日～19日	500円	2年に1回の受診とします。 子宮頸がんは20歳～30歳の若年層では急激に増えています。 20歳になったら検診を受けて、子宮頸がんを早期に発見し、 早期に治療しましょう。
歯周病疾患検診	30歳～60歳の方	宮原歯科医院で個別受診 日程については個人通知します	500円	歯を失う原因の約9割を占めるのが歯周病と虫歯です。歯 の健康は全身の健康にも影響します。

※検診対象年齢は、平成26年4月2日～平成27年4月1日までに到達する年齢のことです。

各種がん検診の結果については、一部を除き精密検査の必要ない場合には個人通知はしませんが、検診後に病気になる場合もあります。気になる症状がある方は病院等を早めに受診してください。都合により、日程が変更になる場合があります。

骨密度検診申込書

骨密度検診を希望される方は下記に記入の上、検診申込書と一緒に2月21日までに保健指導員さんへ提出して下さい。

地区	氏名	年齢
住所 青木村大字	(年 月 日生)	
世帯主	(年 月 日生)	

肝炎ウイルス検査申込書

肝炎ウイルス検査を希望される方は下記に記入の上、検診申込書と一緒に2月21日までに保健指導員さんへ提出して下さい。

地区	氏名	年齢
住所 青木村大字	(年 月 日生)	
世帯主	(年 月 日生)	

前立腺がん検診申込書

前立腺がん検診を希望される方は下記に記入の上、検診申込書と一緒に2月21日までに、保健指導員さんへ提出して下さい。

地区	氏名	年齢
住所 青木村大字	(年 月 日生)	
世帯主	(年 月 日生)	

歯周病疾患検診申込書

歯周病疾患検診を希望される方は下記に記入の上、検診申込書と一緒に2月21日までに、保健指導員さんへ提出して下さい。

地区	氏名	年齢
住所 青木村大字	(年 月 日生)	
世帯主	(年 月 日生)	

個人情報の利用目的

健康診断により、疾病の早期発見・早期治療および保健指導などによる健康状態・生活習慣改善、検査精度の管理を適切に行うため、次のとおり個人情報を利用します。

- ①受診者に提供する健康診断サービス(検査・問診・判定・保健指導・事後指導・経年データ管理など)
  - ②健康診断の管理運営業務(日程管理・事前案内・健診結果報告書発送管理など)
  - ③会計・経理
  - ④検査業務の委託その他の業務委託
  - ⑤健診精度管理(精密検査結果の把握・発見がん追跡調査)
  - ⑥医療保険事務
  - ⑦医療事故等の報告
- ※個人情報の利用目的に同意した上で検診をお申し込みください。