

## 西予市 健康診査・がん検診ガイド

キ・サ・ト・リ

## 令和8年度 健康診査・がん検診申込書

1人目

|                          |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 氏名等をご記入ください           |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 氏名                       |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 生年月日<br>T・S・H 年 月 日      |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 現住所<br>西予市               |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 連絡先                      | 携帯                                                                                                                                                              | ー                                                               | ー   |
|                          | 自宅                                                                                                                                                              | 0894                                                            | ー   |
| 2. 受診する項目欄に受診希望日をご記入ください |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 健康診査                     | 19歳以上                                                                                                                                                           | 月 日<br><input type="checkbox"/> 社保被扶養者(40～74歳)は<br>加入保険者の受診券が必要 |     |
| 肺<br>※がん検診               | CR                                                                                                                                                              | 40歳以上                                                           | 月 日 |
|                          | CT                                                                                                                                                              | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 大腸                       |                                                                                                                                                                 | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 胃                        |                                                                                                                                                                 | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 子宮                       |                                                                                                                                                                 | 20歳以上女性                                                         | 月 日 |
| 乳                        | マンモグラフィ                                                                                                                                                         | 40歳以上女性                                                         | 月 日 |
|                          | 乳房超音波                                                                                                                                                           | 20～39歳女性                                                        | 月 日 |
| 骨粗しょう症                   |                                                                                                                                                                 | 40～70歳<br>節目年齢女性                                                | 月 日 |
| 前立腺                      |                                                                                                                                                                 | 50歳以上男性                                                         | 月 日 |
| 肝炎                       |                                                                                                                                                                 | 40歳以上<br>過去未受診者                                                 | 月 日 |
| 腹部超音波                    |                                                                                                                                                                 | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 3. 連絡事項                  |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 受付希望時間等                  |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 送迎希望<br>(希望日に○)          | 明浜:7/21午後(田之浜・宮野浦⇄高山)<br>7/22午前(宮野浦⇄高山)<br>7/23午前(田之浜⇄高山)<br>野村:7/8午後(横林⇄大和田)<br>城川:6/29(川津南⇄高川)<br>三瓶:5/14午前(南地区⇄三瓶支所)<br>5/20午後(南地区⇄朝立会館)<br>6/11午前(北地区⇄三瓶支所) |                                                                 |     |

2人目

|                                           |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|
| 1. 氏名等をご記入ください                            |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 氏名                                        |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 生年月日<br>T・S・H 年 月 日                       |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 現住所<br>西予市 <input type="checkbox"/> 左記と同じ |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 連絡先                                       | 携帯                                                                                                                                                              | ー                                                               | ー   |
|                                           | 自宅                                                                                                                                                              | 0894                                                            | ー   |
| 2. 受診する項目欄に受診希望日をご記入ください                  |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 健康診査                                      | 19歳以上                                                                                                                                                           | 月 日<br><input type="checkbox"/> 社保被扶養者(40～74歳)は<br>加入保険者の受診券が必要 |     |
| 肺<br>※がん検診                                | CR                                                                                                                                                              | 40歳以上                                                           | 月 日 |
|                                           | CT                                                                                                                                                              | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 大腸                                        |                                                                                                                                                                 | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 胃                                         |                                                                                                                                                                 | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 子宮                                        |                                                                                                                                                                 | 20歳以上女性                                                         | 月 日 |
| 乳                                         | マンモグラフィ                                                                                                                                                         | 40歳以上女性                                                         | 月 日 |
|                                           | 乳房超音波                                                                                                                                                           | 20～39歳女性                                                        | 月 日 |
| 骨粗しょう症                                    |                                                                                                                                                                 | 40～70歳<br>節目年齢女性                                                | 月 日 |
| 前立腺                                       |                                                                                                                                                                 | 50歳以上男性                                                         | 月 日 |
| 肝炎                                        |                                                                                                                                                                 | 40歳以上<br>過去未受診者                                                 | 月 日 |
| 腹部超音波                                     |                                                                                                                                                                 | 40歳以上                                                           | 月 日 |
| 3. 連絡事項                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 受付希望時間等                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                 |     |
| 送迎希望<br>(希望日に○)                           | 明浜:7/21午後(田之浜・宮野浦⇄高山)<br>7/22午前(宮野浦⇄高山)<br>7/23午前(田之浜⇄高山)<br>野村:7/8午後(横林⇄大和田)<br>城川:6/29(川津南⇄高川)<br>三瓶:5/14午前(南地区⇄三瓶支所)<br>5/20午後(南地区⇄朝立会館)<br>6/11午前(北地区⇄三瓶支所) |                                                                 |     |

※希望どおりの受付時間とならない場合があります。ご了承ください。

3人目以降の記入は裏面へ

## 【申込書提出先】

- ・本庁 健康づくり推進課
- ・本庁 市民課
- ・各支所 地域生活課
- ・各地域づくり活動センター

## 【申込書提出締切】

受診する日の30日前

健診専用ダイヤル

おーよく

## 【問合せ先】

0894-62-0489

平日8:30～17:15

料金については4p「健(検)診について」を参照ください。



簡単!WEB予約

## 【市記入欄】

受付日 月 日

受付者

登録者

確認者



# 【健診申込内容の控えにお使いください】

|   | 申込者 | 健診日 | 基本診査 | 肺      |        | 大腸 | 胃 | 子宮 | 乳       |         | 骨 | 前立腺 | 肝炎 | 腹部 |
|---|-----|-----|------|--------|--------|----|---|----|---------|---------|---|-----|----|----|
|   |     |     |      | C<br>T | C<br>R |    |   |    | マン<br>モ | 超音<br>波 |   |     |    |    |
| ① |     |     |      |        |        |    |   |    |         |         |   |     |    |    |
| ② |     |     |      |        |        |    |   |    |         |         |   |     |    |    |
| ③ |     |     |      |        |        |    |   |    |         |         |   |     |    |    |
| ④ |     |     |      |        |        |    |   |    |         |         |   |     |    |    |

3人目

|                          |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------|
| 1. 氏名等をご記入ください           |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 氏名                       |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 生年月日<br>T・S・H 年 月 日      |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 現住所<br>西予市               |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 連絡先                      | 携帯                                                                                                                                                                  | -                | -                                                    |
|                          | 自宅                                                                                                                                                                  | 0894             | -                                                    |
| 2. 受診する項目欄に受診希望日をご記入ください |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 健康診査                     | 19歳以上                                                                                                                                                               | 月 日              | <input type="checkbox"/> 社保被扶養者(40~74歳)は加入保険者の受診券が必要 |
| 肺                        | CR                                                                                                                                                                  | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                          | CT                                                                                                                                                                  | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                          | 大腸                                                                                                                                                                  | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                          | 胃                                                                                                                                                                   | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                          | 子宮                                                                                                                                                                  | 20歳以上女性          | 月 日                                                  |
| 乳                        | マンモグラフィ                                                                                                                                                             | 40歳以上女性          | 月 日                                                  |
|                          | 乳房超音波                                                                                                                                                               | 20~39歳女性         | 月 日                                                  |
|                          | 骨粗しょう症                                                                                                                                                              | 40~70歳<br>節目年齢女性 | 月 日                                                  |
|                          | 前立腺                                                                                                                                                                 | 50歳以上男性          | 月 日                                                  |
|                          | 肝炎                                                                                                                                                                  | 40歳以上<br>過去未受診者  | 月 日                                                  |
|                          | 腹部超音波                                                                                                                                                               | 40歳以上            | 月 日                                                  |
| 3. 連絡事項                  |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 受付希望時間等                  |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 送迎希望<br>(希望日に○)          | 明浜: 7/21午後(田之浜・宮野浦⇄高山)<br>7/22午前(宮野浦⇄高山)<br>7/23午前(田之浜⇄高山)<br>野村: 7/8午後(横林⇄大和田)<br>城川: 6/29(川津南⇄高川)<br>三瓶: 5/14午前(南地区⇄三瓶支所)<br>5/20午後(南地区⇄朝立会館)<br>6/11午前(北地区⇄三瓶支所) |                  |                                                      |

4人目

|                                           |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------|
| 1. 氏名等をご記入ください                            |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 氏名                                        |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 生年月日<br>T・S・H 年 月 日                       |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 現住所<br>西予市 <input type="checkbox"/> 左記と同じ |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 連絡先                                       | 携帯                                                                                                                                                                  | -                | -                                                    |
|                                           | 自宅                                                                                                                                                                  | 0894             | -                                                    |
| 2. 受診する項目欄に受診希望日をご記入ください                  |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 健康診査                                      | 19歳以上                                                                                                                                                               | 月 日              | <input type="checkbox"/> 社保被扶養者(40~74歳)は加入保険者の受診券が必要 |
| 肺                                         | CR                                                                                                                                                                  | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                                           | CT                                                                                                                                                                  | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                                           | 大腸                                                                                                                                                                  | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                                           | 胃                                                                                                                                                                   | 40歳以上            | 月 日                                                  |
|                                           | 子宮                                                                                                                                                                  | 20歳以上女性          | 月 日                                                  |
| 乳                                         | マンモグラフィ                                                                                                                                                             | 40歳以上女性          | 月 日                                                  |
|                                           | 乳房超音波                                                                                                                                                               | 20~39歳女性         | 月 日                                                  |
|                                           | 骨粗しょう症                                                                                                                                                              | 40~70歳<br>節目年齢女性 | 月 日                                                  |
|                                           | 前立腺                                                                                                                                                                 | 50歳以上男性          | 月 日                                                  |
|                                           | 肝炎                                                                                                                                                                  | 40歳以上<br>過去未受診者  | 月 日                                                  |
|                                           | 腹部超音波                                                                                                                                                               | 40歳以上            | 月 日                                                  |
| 3. 連絡事項                                   |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 受付希望時間等                                   |                                                                                                                                                                     |                  |                                                      |
| 送迎希望<br>(希望日に○)                           | 明浜: 7/21午後(田之浜・宮野浦⇄高山)<br>7/22午前(宮野浦⇄高山)<br>7/23午前(田之浜⇄高山)<br>野村: 7/8午後(横林⇄大和田)<br>城川: 6/29(川津南⇄高川)<br>三瓶: 5/14午前(南地区⇄三瓶支所)<br>5/20午後(南地区⇄朝立会館)<br>6/11午前(北地区⇄三瓶支所) |                  |                                                      |

※希望どおりの受付時間とならない場合があります。ご了承ください。

申込枠が足りない場合は、  
健診専用ダイヤル62-0489 にご連絡ください。

