

市国民健康保険加入者・県後期高齢者医療保険加入者は、下記料金より半額助成（Aコース・胃がんリスク検査を除く）されます。

ところ 保健センター（乳がん検診は各地区でも開催）

申込み 健診日の1週間前までに電話で保健センター（☎48-3751）

※平成30年3月分まで予約できます。

| 種 別 |                         | と き                                                                | 時間       | 対象            | 料 金                          | 備 考                                                                                               |                                                                                   |
|-----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|---------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 健 診 | A コー ス                  | B・Cコース実施日（女性専用日を除く）                                                | 午前       | 成人            | 2,000円                       | ・ 39歳以下の市国民健康保険加入者は、全額助成されます                                                                      |                                                                                   |
|     | B コー ス<br>（ 準 総 合 健 診 ） | B・C・E（水・木・土曜日）<br>4月 12日、13日、19日                                   | 午前       | 成人            | 5,000円<br>※女性専用日は7,400円      | 40歳無料健診<br>昭和52年4月～53年3月生まれ<br>50歳半額健診<br>昭和42年4月～43年3月生まれ<br>※女性専用日は乳がん検診料、子宮頸がん検診料が含まれます。       |                                                                                   |
|     | C コー ス<br>（ 総 合 健 診 ）   | Eコースのみ実施 26日(水)<br>□印は成人歯科健診の同時受診可<br>○印は女性専用日で乳がん検診、子宮頸がん検診を含む    |          | 30歳以上         | 8,000円<br>※女性専用日は10,400円     |                                                                                                   |                                                                                   |
|     | E コー ス<br>（腹部超音波検査）     | 成人                                                                 |          | 3,000円        | ・ 肝臓、胆のう、すい臓、ひ臓、腎臓など臓器を検査します |                                                                                                   |                                                                                   |
|     | 胃がんリスク検査                | A・B・Cコース受診する人                                                      | 午前       | 成人<br>(65歳未満) | 1,500円                       | ・ ピロリ菌抗体検査・血清ペプシノーゲン検査<br>※ピロリ菌除菌治療を受けたことがある人、食道・胃・十二指腸疾患で治療中の人、自覚症状のある人、胃切除手術をした人、腎不全の人などは対象外です。 |                                                                                   |
|     | 骨粗しょう症検診                | A・B・C・Eコース実施日<br>婦人総合健診実施日                                         | 午前<br>午後 | 18歳以上         | 500円                         | ・ 超音波骨評価装置で測定します                                                                                  |                                                                                   |
|     | 前立腺がん検診                 | A・B・Cコース実施日                                                        | 午前       | 男性<br>(50歳以上) | 1,000円                       | ・ P S A（前立腺特異抗原）検査（血液検査）です                                                                        |                                                                                   |
|     | 乳 が ん 検 診               | 4月28日(金) 保健センター<br>4月12日(水) 南部市民プラザ<br>4月28日(金) 保健センター<br>（5人のみ予約） | 午前<br>午後 | 成人女性          | 1,400円                       | ・ 乳房X線検査・医師の視触診、自己触診法の説明<br>※自覚症状のある人は医療機関へ受診してください。<br>持ち物 バスタオル                                 | ※次の人は乳がん検診料が免除されます（②③は書類が必要）。<br>①70歳以上の人<br>②40歳以上で生活保護世帯の人<br>③40歳以上で市民税非課税世帯の人 |
|     | 婦人総合健診<br>(子宮頸がん+乳がん検診) | 4月28日(金)                                                           | 午後       | 成人女性          | 2,900円                       | ・ 子宮頸部の細胞診と内診、乳がん検診、血液検査など<br>持ち物 バスタオル                                                           |                                                                                   |
|     | 成人歯科健診                  | 4月13日(木)                                                           | 午前       | 成人            | 無料                           | ・ 歯牙・歯周病健診、歯磨き指導<br>持ち物 歯ブラシ                                                                      |                                                                                   |

健診コース・日程によっては定員制のため、希望にそえない場合があります。ご了承ください。

| 内容<br>コース | 問<br>診 | 内<br>科<br>診<br>察 | 尿<br>検<br>査 | 身<br>体<br>測<br>定 | 腹<br>囲<br>測<br>定 | 視<br>力<br>検<br>査 | 血<br>圧<br>測<br>定 | 血<br>液<br>学<br>的<br>検<br>査 | 血<br>液<br>生<br>化<br>学<br>検<br>査 | 血<br>液<br>P<br>S<br>A<br>検<br>査 | 聴<br>力<br>検<br>査 | 心<br>電<br>図<br>検<br>査 | 肺<br>機<br>能<br>検<br>査 | 眼<br>圧<br>測<br>定 | 眼<br>底<br>撮<br>影 | 便<br>潜<br>血<br>反<br>応<br>検<br>査 | 胸<br>部<br>X<br>線<br>撮<br>影 | 胃<br>部<br>X<br>線<br>撮<br>影 | 乳<br>房<br>X<br>線<br>撮<br>影 | 子宮頸部内診・細胞診 | 腹部超音波検査 | 血清ペプシノーゲン検査 | ヒロリ菌抗体検査 | 踵部超音波測定 | 口腔内診査 | 医師結果指導 | 結<br>果<br>郵<br>送 |  |
|-----------|--------|------------------|-------------|------------------|------------------|------------------|------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------|---------|-------------|----------|---------|-------|--------|------------------|--|
| A コー ス    | ○      |                  | ○           | ○                | ○                | ○                | ○                | ○                          | ○                               |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            | ○                          |                            |            |         |             |          |         | △     |        | ○                |  |
| B コー ス    | ○      | ○                | ○           | ○                | ○                | ○                | ○                | ○                          | ○                               |                                 | ○                | ○                     | ○                     | ○                | ○                | ○                               | ○                          |                            |                            | ◎          | ◎       |             |          |         |       | △      | ○                |  |
| C コー ス    | ○      | ○                | ○           | ○                | ○                | ○                | ○                | ○                          | ○                               |                                 | ○                | ○                     | ○                     | ○                | ○                | ○                               | ○                          | ○                          |                            | ◎          | ◎       |             |          |         |       | △      | ○                |  |
| E コー ス    | ○      |                  |             | ○                |                  |                  |                  |                            |                                 |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            |                            |            |         | ○           |          |         |       | ○      |                  |  |
| 胃がんリスク検査  | ○      |                  |             |                  |                  |                  |                  |                            |                                 |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            |                            |            |         |             | ○        |         |       | ○      |                  |  |
| 骨粗しょう症検診  | ○      |                  |             | ○                |                  |                  |                  |                            |                                 |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            |                            |            |         |             |          | ○       |       |        | ○                |  |
| 前立腺がん検診   | ○      |                  |             |                  |                  |                  |                  |                            |                                 | ○                               |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            |                            |            |         |             |          |         |       |        | ○                |  |
| 乳 が ん 検 診 | ○      |                  |             |                  |                  |                  |                  |                            |                                 |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            | ○                          | ○          |         |             |          |         |       |        | ○                |  |
| 婦人総合健診    | ○      |                  | ○           | ○                |                  | ○                | ○                | ○                          |                                 |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            |                            | ○          | ○       |             |          |         |       |        | ○                |  |
| 成人歯科健診    | ○      |                  |             |                  |                  |                  |                  |                            |                                 |                                 |                  |                       |                       |                  |                  |                                 |                            |                            |                            |            |         |             |          |         | ○     | ○      |                  |  |

◎印は女性専用日のみ実施し、△印は成人歯科健診実施日のみ希望できます。