

受診票をお持ちください ※対象者は長野市に住民票がある人です。

乳がん検診（超音波検査）、子宮頸がん検診、骨粗しょう症検診を受診する際は以下の受診票を切り取り、必要事項を記入してお持ちください。

受診票が足りない場合は長野市ホームページに掲載しているものを印刷してご利用ください。

長野市保健所健康課、市役所（健康課窓口）、支所、保健センターにも用意してあります。

切り取り線

長野市 **乳がん検診受診票（超音波検査）**

- ・今年度、超音波検査またはマンモグラフィ検査を受診した
- ・今年度、マンモグラフィ検査の受診を予定している

いいえ ・ はい（はいの人は、今年度は受診できません）

住所	〒□□□□-□□□□□□ 長野市	
(フリガナ)		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭・平 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

※集団検診では使用しません

長野市 **乳がん検診受診票（超音波検査）**

- ・今年度、超音波検査またはマンモグラフィ検査を受診した
- ・今年度、マンモグラフィ検査の受診を予定している

いいえ ・ はい（はいの人は、今年度は受診できません）

住所	〒□□□□-□□□□□□ 長野市	
(フリガナ)		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭・平 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

※集団検診では使用しません

切り取り線

長野市 **子宮頸がん検診受診票**

- ・今年度、既に子宮頸がん検査を受診した

いいえ ・ はい（はいの人は、今年度は受診できません）

住所	〒□□□□-□□□□□□ 長野市	
(フリガナ)		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭・平 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

※集団検診では使用しません

長野市 **子宮頸がん検診受診票**

- ・今年度、既に子宮頸がん検査を受診した

いいえ ・ はい（はいの人は、今年度は受診できません）

住所	〒□□□□-□□□□□□ 長野市	
(フリガナ)		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭・平 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

※集団検診では使用しません

切り取り線

長野市 **骨粗しょう症検診受診票**

- ・今年度、既に骨粗しょう症検査を受診した

いいえ ・ はい（はいの人は、今年度は受診できません）

住所	〒□□□□-□□□□□□ 長野市	
(フリガナ)		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭和 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

※集団検診では使用しません

長野市 **骨粗しょう症検診受診票**

- ・今年度、既に骨粗しょう症検査を受診した

いいえ ・ はい（はいの人は、今年度は受診できません）

住所	〒□□□□-□□□□□□ 長野市	
(フリガナ)		
氏名	(姓)	(名)
生年月日	昭和 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

※集団検診では使用しません

切り取り線