

受診票をお持ちください ※裏面に「前立腺がん検診」のご案内がありますので、必要な場合はコピーをしてご使用ください。

乳がん検診（超音波検査）、子宮頸がん検診、骨粗しょう症検診の受診の際は、以下の受診票に必要事項を記入し、切り取りお持ちください。肺がん検診（胸部エックス線検査）の受診票は10・11ページです。

受診票が不足する場合は、長野市ホームページに掲載しています。印刷してご利用ください。また長野市保健所健康課、市役所（健康課窓口）、支所、保健センターに用意してあります。なお、対象者は長野市に住民票がある人です。

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	大・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	大・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	大・昭・平 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

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	大・昭・平 年 月 日（満 歳）	
電話番号	- -	

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	- -	

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	- -	

切り取り線