

3 子宮頸がん検診

対象者	今年度20歳以上の女性（平成13年4月1日以前生まれ） ・子宮の病気で治療中または経過観察中の人は検診の対象となりません。 ・月経2～3日目で出血量が多い時は避けてください。
検診内容	問診・視診・細胞診 （※医師が必要と認めた人のみ、頸部検診に引き続き体部検診を実施します。）
実施期間	5月7日(木)～2月28日(日) 2月は医療機関が大変混雑しますので、早い時期の受診をお勧めします。
会場	実施医療機関（31～34ページをご覧ください。） ※一部の地区（戸隠・鬼無里・大岡・中条）では集団検診を実施します。 詳しくは地区内で配布済みのチラシをご確認ください。
受診料	1,500円（頸部検診） 2,300円（頸部・体部検診） ※医師が必要と認めた人のみ、頸部検診に引き続き体部検診を実施します。 ※受診料が無料になる場合があります。詳しくは35ページをご覧ください。
受診方法	22ページの受診票に必要事項を記入し、受診票・保険証をお持ちになり受診してください。
結果	郵送で通知します。（約1～2カ月後） ■採取した細胞では判定ができず、再検査が必要になる場合がありますので、ご承知おきください。

子宮頸がん検診 無料クーポン券	平成11年4月2日～平成12年4月1日生まれの女性に子宮頸がん検診の無料クーポン券を配布します。お手元に届きましたら、検診をお受けください。 ※職場等で検診を受ける機会がある人は（人間ドック等によるがん検診の費用助成を含む）、職場検診を優先してください。
--------------------	--

■ 日曜日の子宮頸がん検診について

日曜日に開設している「休日産婦人科当番医」で、子宮頸がん検診を実施します。平日の受診が難しい人は、ぜひご利用ください。

実施期間	5月～令和3年2月までの日曜日
会場	受診できる医療機関については、市ホームページ、長野市医師会ホームページ、主な新聞紙面などで、産婦人科の休日当番医をご確認ください。
申込み (受診方法)	受診日当日に、必ず医療機関へ連絡してから受診してください。 22ページの受診票に必要事項を記入し、受診票・保険証をお持ちください。

受診票をお持ちください

乳がん検診（視触診・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。マンモグラフィ検査は受診票が不要です。肺がん検診（胸部エックス線検査）の受診票は16・17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（第一庁舎2階健康課窓口）、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 (視触診・超音波検査)

- ・今年度、既に視触診・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	- -	

切り取り線

長野市 乳がん検診受診票 (視触診・超音波検査)

- ・今年度、既に視触診・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	- -	

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