

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