

FAX 送信日 /

FAX / 079-559-5705

三田市健康増進課あて

令和8年度

## 女性がん検診申込書

要予約

|                                       |   |                            |                    |
|---------------------------------------|---|----------------------------|--------------------|
| ふりがな                                  |   |                            |                    |
| 名 前                                   |   |                            |                    |
| 住 所                                   | 三田市   |                            |                    |
| 電 話                                   | ※日中繋がる番号をご記入ください。   |                            |                    |
| 生年月日                                  | 大正・昭和・平成  | 年                          | 月 日 ( 歳) ※R9年3月末現在 |
| ☆ご希望の受診項目に○を記入してください。                 |   |                            |                    |
| 受診項目                                  | 乳がん検診<br>(マンモグラフィ検査)  | 子宮頸がん検診                    | 乳房超音波検査            |
|                                       |   |                            |                    |
| ☆受診希望日・時間を記入してください。                   |   |                            |                    |
| 第1希望日                                 | 月 日   | 月 日                        | 月 日                |
| 第1希望時間                                | :   | :                          | :                  |
| 第2希望日                                 | 月 日   | 月 日                        | 月 日                |
| 第2希望時間                                | :   | :                          | :                  |
| 問 診                                   | <p>以下の質問について「はい」に該当する場合、マンモグラフィ検査を受診出来ません。該当する方に○を記入してください。</p> <p>◆令和7年度に市のマンモグラフィ検査を受診しましたか？ (はい・いいえ)<br/>(令和7年4月1日～令和8年3月31日の間)</p> <p>◆心臓ペースメーカーを装着されていますか？ (はい・いいえ)</p> <p>◆豊胸手術を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)</p> <p>◆妊娠中・授乳中または、母乳の分泌がありますか？ (はい・いいえ)</p> <p>◆水頭症の為に体内に減圧チューブを入れていますか？ (はい・いいえ)</p> |                            |                    |
| 一時預かり<br>保 育                          | 希望する  | お子様の名前【<br>生年月日【<br>年 月 日】 | 性別【<br>年齢【         |
| 「健診負担金免除申請書」の送付 (※市民税非課税世帯・生活保護世帯に限る) |   |                            | 希望する               |
| 予約結果<br>について                          | <p><b>FAXでのお申込みだけでは予約は完了しておりません。お申込み後、ご連絡先宛に内容確認をさせていただきます予約成立となります。</b>3日間(土日祝除く)を経過しても市から連絡がない場合は、FAXが届いていない場合がありますので再度お問合せください。また、受診のご案内については、受診日の1週間前に送付させていただきます。検診当日は受診のご案内と受診の案内はがきをお持ちください。</p>   |                            |                    |

## 【健康増進課処理欄】

|      |        |          |         |        |
|------|--------|----------|---------|--------|
| 受付 / | 窓口・FAX | 折返しTEL : | データ入力 : | 台帳転記 : |
|------|--------|----------|---------|--------|