

玉城町個別乳がん検診申込書

■ 検診期間: 2025年5月～2026年3月

■ 対 象: 30歳以上の方

* マンモグラフィーの撮影は男性技師が担当させていただく事があります。

男性技師の担当となる場合の連絡は致しません。ご了承ください。

* ご予約日は前回検診から10ヶ月以上あけてお申し込みください。

		前回検診日	年 月 日			
フリガナ			チェック欄			
氏 名			妊娠中・授乳中 妊娠の可能性あり	はい・いいえ		
住 所 <small>住民票に記載されている 場所</small>	〒		ペースメーカーを 装着している	はい・いいえ		
結果送付先	〒		豊胸術(シリコン 等)をしている	はい・いいえ		
電話番号			リハビリ(ホート)を 装着している	はい・いいえ		
生年月日	平成・昭和	年	月	日	年齢	歳

【1】65歳以上のかた【昭和35年4月1日】以前

検査日(平日のみ)	受付時間	検査内容
月曜日	午後1:30	マンモグラフィ
木曜日		
金曜日		

受診希望日	第1希望	月	日	曜日
	第2希望	月	日	曜日

【2】65歳未満のかた【昭和35年4月2日】以降【平成7年4月1日まで】

検査日	受付時間	検査内容
火曜日	午後1:30	マンモグラフィ+超音波 (必要時に触診をさせていただく事があります。)
水曜日		

受診希望日	第1希望	月	日	曜日
	第2希望	月	日	曜日

【申込み方法】

1. 本用紙にて希望される日の1か月前までに郵送またはFAX(58-6984)でお申込みください。直接、病院に持参されてもかまいません。
窓口へお持ちいただく場合は診療時間内をお願いします。(午後1:00～午後5:00)

宛先 〒519-0414
玉城町佐田881番地 町立 玉城病院

2. ご予約が取れない場合のみ電話連絡させていただきます。

【健診当日】

1. 検査を受けられる方は午後1:30までに受付へおこしください。
2. 前日及び当日の水分や食事の制限はありません。

【検査結果】ご本人へ検査報告書を郵送します。

※延期・キャンセルなどは事前に必ず電話連絡してください。 TEL: 58-3039

※お子様づれの検診はご遠慮ください。

※髪の長い方は、一つにまとめるかヘアゴムをご持参ください。

※脱ぎ履きしやすい履物でお越しください。

※マンモグラフィ検査は男性技師が担当させていただきます事があります。
男性技師の担当となる場合の連絡は致しません。ご了承ください。

※超音波検査は主に浦田院長が行います。(浦田院長の都合がつかない場合は別の医師が行います。
(火曜・水曜ご予約の方は、必要時に触診させていただく事があります。))

※バスタオルをご持参ください。

【検診料金】 無料です。

