

申込日 令和 年 月 日

## 羽曳野市胃がん検診(胃内視鏡検査)受診券交付申込書

<申込前に下記の注意事項を必ずお読みください>

対象者	1975年以前の西暦奇数年生まれの方で受診時に羽曳野市民の方 前年度及び当該年度に羽曳野市の胃がん検診(胃内視鏡検査もしくは胃部レントゲン検査)を受診していない方
検診内容	問診・胃内視鏡検査(胃カメラ検査) ※口もしくは鼻から胃カメラを挿入します。鎮痛剤・鎮静剤の使用はありません。

★該当項目がある方は、□にチェックをしてください。  
下記に該当のある方は市の実施する、胃がん検診(胃内視鏡検査)は受けられません。

<input type="checkbox"/> 抗血栓薬(血をサラサラにする薬)を内服中の方
<input type="checkbox"/> 胃の病気で通院中、治療中、または経過観察中の方
<input type="checkbox"/> 胃を全摘出された方
<input type="checkbox"/> 明らかに胃部に自覚症状のある方
<input type="checkbox"/> 疾患の種類にかかわらず、入院中の方
<input type="checkbox"/> 胃内視鏡の挿入ができない方
<input type="checkbox"/> 呼吸不全のある方
<input type="checkbox"/> 妊娠中の方、またはその可能性がある方
<input type="checkbox"/> 当該年度中に市の胃がん検診を受診した方

上記に該当項目はありません

※上記に該当がない方でも、医師の判断で対象外になる場合があります。ご了承ください。

※上記に該当がない方は、申請のご記入をお願いいたします。

受診券交付対象者	フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日
	氏名			( )歳			
	住所						
	電話番号						

※注: 胃がん検診は2年に1度しか受診することができません。  
同一年度内に2回目以降受診された場合は全額自己負担となる場合がありますのでご注意ください。

対象者本人が申請の場合は記入不要です

申請者	氏名		対象者との関係	
	住所			
	電話番号			

ここからは記入不要です

受付番号	受付方法	受診歴確認	本人確認	発行者	交付日・方法
-	郵送 窓口 WEB	なし・あり 対象年齢	住基 ・ その他 ( )	・	郵送 窓口手渡し