

※裏面を先に御確認ください。

受診票 NO

乳がん検診医療機関受診申請書兼同意書

米原市長 様

		申請年月日	年 月 日
申請者	氏名		
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	
	住所	〒521- 米原市	
	電話番号		
受診医療機関		長浜赤十字病院	
検査内容		マンモグラフィー (50歳未満：2方向、50歳以上：1方向)	
乳がん検診 受診希望日 ※申請日より2週間以降の 日程を記入してください。	第1希望	年 月 日 () AM・PM :	
	第2希望	年 月 日 () AM・PM :	
	第3希望	年 月 日 () AM・PM :	
無料クーポン券の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
受診票の受取方法	<input type="checkbox"/> () へ取りに行きます。 <input type="checkbox"/> 郵送を希望します。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

<個人情報の取扱いについて>

受診された結果(精密検査を含む。)は、医療機関から市へ送られてくることになっております。市に送られた結果は、今後の事業評価や検診の精度管理のために、県や関係機関へ報告します。なお、この目的以外に結果を提供することはありませんので、あらかじめ御了承ください。

また、必要に応じて医療機関や受診者本人に受診状況を問合せすることがありますので、御了承ください。

上記のことを同意した上で、申請いたします。

R5.4月～

乳がん検診事前質問票

1) 昨年度、米原市が実施した乳がん検診を受診しましたか。

いいえ はい

※昨年度米原市が実施した乳がん検診を受診された方は、今年度は対象外となります。ただし、今年度乳がん検診無料クーポン券対象者は受診可能です。

2) ご自分の乳房についてあてはまる項目に○をしてください。

- ・しこりを自覚していますか いいえ はい
- ・乳頭からの異常な分泌がありますか いいえ はい
- ・乳がんの治療を受けたことがありますか いいえ はい
- (乳がんの治療後 10 年以内ですか いいえ はい)
- ・現在、定期的に医療機関で経過観察中ですか いいえ はい
- ・以下の項目にあてはまりますか いいえ はい

ペースメーカー、V-Pシャント（水頭症手術）、皮下埋込型ポート、
豊胸手術、形成手術、授乳中、妊娠中

※上記の項目で「はい」と回答された方は米原市の乳がん検診を受けられません。
恐れ入りますが、乳腺外来の診察を受けてください。

3) 下記に該当する方は、検診費用が無料になります。

- ・下記の助成対象者に該当しますか いいえ はい

・後期高齢者医療保険に加入している方
・当該年度内に 75 歳に達する方
・生活保護世帯に属する方
・市民税非課税世帯に属する方で、当該年度に 70 歳から 74 歳に達する方
・市民税非課税世帯に属する方で、母子世帯等に属する方
・市民税非課税世帯に属する障がい者の方

※該当される方は、本日「健康診査等受診料免除申請書」の提出をお願いします。
後日「自己負担金無料券（医療機関用）」と受診票をお渡ししますので、「自己負担金無料券（医療機関用）」と受診票を医療機関へ提出してください。