

がん検診

がん検診の種類により対象外となる項目が違います。
詳細は市HPをご覧ください。



検診種類	大腸がん 	肺がん ※どちらか1つの検査を選択(注1) 	胃がん 	乳がん 	子宮頸がん 		
対象年齢	40歳以上 (昭和62年4月1日以前生)		50歳以上 (昭和52年4月1日以前生)	40歳以上の女性 (昭和62年4月1日以前生)		20歳以上の女性 (平成19年4月1日以前生)	
受診頻度	1年度に一回		2年度に一回				
検査内容	免疫法便潜血検査2日法 	低線量胸部CT検査 	胸部エックス線検査	胃内視鏡検査 ※令和8年度から50歳以上を対象とした胃内視鏡検査となりました。 	マンモグラフィ検査(乳房エックス線検査) 	視診、内診、細胞診検査 	
実施場所	個別検診 ★市内指定医療機関(P.9参照)	個別検診 指定医療機関(P.9参照)	集団検診 検診車 保健センター ふれんど平尾	個別検診 指定医療機関(P.9参照)	個別検診 市立病院健診センター	集団検診 検診車 保健センター ふれんど平尾	個別検診 バリエの丘クリニック 市立病院健診センター
検診期間 検診日	~3/15 休診日除く	~3/15 休診日除く	下記 別表参照(土,日)	~2/15 休診日除く	~3/15 (平日のみ)	下記 別表参照(土,日)	~3/15 休診日除く
自己負担金	480円	4,260円	1,880円	3,900円	3,040円		2,160円
負担金免除対象者:非課税世帯・生活保護受給者							
申請方法	指定医療機関へ直接申込(P.9参照)	<p>★医療機関で受診の場合:保健センターへ受診券を申請が必要</p> <p>★毎月22日〆切、翌月の上旬に対象者受診券を送付(最終〆切日 12/22)</p> <p>★検診車(肺がん・乳がん)期間内に保健センターへ申込みが必要</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>【1】郵便・窓口・LOGOフォームで「受診券」申し込み※電話不可</p> <p>・窓口の場合は、保健センターで申請書を記入</p> <p>・LOGOフォームはこちら </p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>【2】受診券が郵送で届いたら、ご自身で予約日等の手続きを行う。</p> <p>・同封の案内を参照してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>【3】予約した日に受診する。</p> <p>・自己負担金や保険証など必要品を持参してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px; float: right;"> <p>ハガキ記入例</p> <p>●●●●●●●●</p> <p>●●●●●●●●</p> <p>●●●●●●●●</p> <p>●●●●●●●●</p> </div>					

別表

肺がん検診

会場	期日	曜日	時間	申込期間
ふれんど平尾	9月12日	土	午前9時~ 11時30分	7月1日~13日
	7月26日	日		5月15日~25日
保健センター	10月31日	土		9月1日~11日
	12月20日	日		10月1日~13日

乳がん検診

会場	期日	曜日	時間	申込期間
ふれんど平尾	9月26日	土	午前9時~ 午後3時	7月15日~27日
	6月27日	土		5月1日~11日
保健センター	7月4日	土		8月15日~24日
	10月17日	土		
	11月8日	日		
	12月19日	土		
	1月16日	土	10月15日~26日	

注1:肺がん検診は、タバコを1日20本以上吸う方は、
低線量胸部CT検査を特に推奨します。

各種検診

肝炎ウイルス検診

内 容:問診、B型肝炎・C型肝炎ウイルス検査
費 用:無料(公費負担)
対 象 者:40歳以上の市民の方(昭和62年4月1日以前に生まれた方)
※過去に肝炎ウイルス検査を受診したことがある方は除きます。
実施場所:市内指定医療機関 P.9参照
実施期間:~3月15日
申込方法:6ページの『申請方法』を参照。

結核検診・心電図検査・腎機能検査・尿酸検査

内 容:①結核検査(胸部エックス線検査) ②心電図検査 ③腎機能検査 ④尿酸検査
費 用:無料(公費負担)
対 象 者:40歳以上の市民の方(昭和62年4月1日以前に生まれた方)
実施場所:市内指定医療機関 P.9参照
実施期間:~3月15日
申込方法:指定医療機関に、直接申し込んでください。P9参照

歯周疾患検診

内 容:問診、歯周組織検査 ※問診の結果から、歯みがきの方法など、指導が受けられます。
費 用:無料(公費負担)
対 象 者:令和8年4月2日から令和9年4月1日の間に40歳、50歳、60歳、70歳になる市民の方
※対象者の方には順次、受診案内と受診券を送付いたします。
実施期間:~1月31日
受診方法:市内指定歯科医療機関に予約のうえ、送付された受診券を持参し受診してください。
実施場所:市内指定歯科医療機関

医療機関名	所在地	電話番号	医療機関名	所在地	電話番号
おおさわ歯科クリニック	矢野口 305-1長坂ビル	378-1112	あさひ歯科医院	東長沼 3104-1 1階	370-6577
みやき歯科クリニック	矢野口 1720-2清水第2ビル	377-2705	稲城長沼ドルフ歯科	東長沼 535-101	379-9880
君嶋歯科医院	矢野口 502-1	378-4182	ミュージズ歯科 稲城長沼院	東長沼 1212 1階	401-7180
あらい歯科医院	矢野口 2208	378-0588	レーベンデンタルクリニック	東長沼 3106-3オクササ 2-C	401-7027
まつもと歯科クリニック	矢野口 691-7	379-7040	里吉歯科医院	大丸 189-7	377-7634
ときた歯科医院	矢野口 387-1	370-7477	ふない歯科医院	大丸 1035-1 1階	379-7871
さやま歯科医院	矢野口 2284-1	378-7676	堀江歯科医院	向陽台 5-5-2	378-5454
矢野口さちこ歯科医院	矢野口 313ハイト矢野口	377-2856	もみの木歯科クリニック	向陽台 6-3-5	313-6480
オヤマ歯科クリニック	東長沼 2107-11	379-4443	西田歯科医院	若葉台 4-18-1	350-7200
ワタナベ歯科医院	東長沼 3109 1階	378-8148	わかば小林歯科医院	若葉台 1-13-20	350-1782
稲城はせがわ歯科医院	東長沼 532 2階	377-8410	ゆきデンタルクリニック	若葉台 2-1-1 3階	331-4618
近藤歯科医院	東長沼 823 2階	377-8922			

骨粗しょう症予防検診

内 容:骨密度測定(踵骨(しょうこつ)部超音波測定)、栄養・保健指導を実施します。
費 用:無料(公費負担)
対 象 者:令和8年4月2日から令和9年4月1日の間に30歳~70歳の5歳刻みの年齢になる女性の方
実施場所:保健センター
実 施 日:6月20日(土)
申込方法:市ウェブサイト及び市広報掲載

大人の予防接種のご案内

● 定期予防接種 ●

詳細については、市広報や市ウェブサイトでお知らせいたします。

なお、法律の改正等により接種内容が変わることがあります。

予防接種の種類	対象者	接種場所
インフルエンザ	対象者 ①接種日現在65歳以上の方 ②接種日現在60歳以上65歳未満の方で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方(身体障害者手帳1級程度) ※接種開始時期や自己負担金額等の詳細については、市広報や市ウェブサイトでお知らせいたします。	市広報や市ウェブサイトでご確認ください。
新型コロナウイルス		
高齢者肺炎球菌	対象者 ①65歳の方(65歳の誕生日の前日から66歳の誕生日の前日まで) ②接種日現在60歳以上65歳未満の方で、心臓、じん臓又は呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有する方(身体障害者手帳1級程度) ※既に肺炎球菌ワクチンを接種したことが確認できる方は対象外です。 ※誕生日の前月下旬に対象者へ通知および予診票を送付します。 自己負担金額 5,500円(既に費用助成を行った金額になります。) ※生活保護受給者または中国残留邦人等の方は保護受給証明書または支援給付受給証明書を医療機関に提出することで無料(全額公費負担)になります。	
带状疱疹	対象者 ①当該年度に65歳、70歳、75歳、80歳、85歳、90歳、95歳、100歳になる方 ②接種日現在、60歳以上65歳未満の方であって、ヒト免疫不全ウイルスにより免疫の機能に日常生活がほとんど不可能な程度の障害を有する方 ※既に生ワクチン(ビケン)1回もしくは不活化ワクチン(シングリックス)2回の接種を受けた方は、助成対象外です。なお、不活化ワクチン(シングリックス)を1回のみ接種している方は、残りの接種は助成対象となります。 ※対象者には、6月ごろに案内(ハガキ)を送付予定です。 自己負担金額 ①生ワクチン(ビケン) 4,000円(1回で接種完了) ②不活化ワクチン(シングリックス) 1回につき、10,000円(2回で接種完了) ※①②ともに、既に費用助成を行った金額になります。 ※生活保護受給者または中国残留邦人等の方は保護受給証明書または支援給付受給証明書を医療機関に提出することで無料(全額公費負担)になります。	