

# 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<br>                | 肺がん<br>                                                                                                    | 胃がん<br>                 |                     | 乳がん<br>                     | 子宮頸がん<br>          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 対象年齢                                                                                                        | 40 歳以上<br>(昭和 61 年 4 月 1 日以前生まれ)                                                                         |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                     | 40 歳以上の女性<br>(昭和 61 年 4 月 1 日以前生まれ)                                                                            | 20 歳以上の女性<br>(平成 18 年 4 月 1 日以前生まれ)                                                                   |                          |
| 受診頻度                                                                                                        | 1 年度に一回                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                     | 2 年度に一回                                                                                                        |                                                                                                       |                          |
| 検査内容                                                                                                        | 問診、免疫法便潜血検査<br>2 日法<br> | 問診、低線量胸部 CT 検査<br>                                                                                         | 問診、バリウムによる胃部エックス線検査<br> |                     | 問診、マンモグラフィ検査（乳房エックス線検査）<br> | 問診、視診、内診、細胞診検査<br> |                          |
| 実施場所                                                                                                        | 個別検診<br>★市内 25 か所                                                                                        | 個別検診                                                                                                                                                                                        | 個別検診                                                                                                     | 集団検診<br>検診車         | 個別検診                                                                                                           | 集団検診<br>検診車                                                                                           | 個別検診                     |
|                                                                                                             | 指定医療機関<br>(P. 9 参照)                                                                                      | ①市立病院健診センター<br>②元気クリニック内科・脳神経内科<br>③稲城わかばクリニック<br>④もりや脳神経クリニック                                                                                                                              | 市立病院健診センター                                                                                               | 保健センター<br>ふれんど平尾    | 市立病院健診センター                                                                                                     | 保健センター<br>ふれんど平尾                                                                                      | 市立病院健診センター<br>ペリエの丘クリニック |
| 検診期間<br>検診日                                                                                                 | ～3/14<br>休診日除く                                                                                           | ～3/14<br>休診日除く                                                                                                                                                                              | ～3/13<br>(平日)                                                                                            | 下記<br>別表参照<br>(土、日) | ～3/13<br>(平日)                                                                                                  | 下記<br>別表参照<br>(土、日)                                                                                   | ～3/14<br>休診日除く           |
| 自己負担金                                                                                                       | 480 円                                                                                                    | 4,260 円                                                                                                                                                                                     | 2,260 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<br>へ直接申込<br>(P9 参照)                                                                               | ★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<br>★毎月 22 日㍻切、翌月の上旬に対象者受診券を送付（最終㍻切日 12/22）<br>★胃がん・乳がんの検診車は、期間内に保健センターへ申込みが必要                                                                                  |                                                                                                          |                     |                                                                                                                |                                                                                                       |                          |
|                                                                                                             |                                                                                                          | <div>【1】郵便・窓口・LOGO フォームで「受診券」申し込み※電話不可</div> <div>・窓口の場合は、保健センターで申請書を記入<br/>・LOGO フォームはこちら→<br/></div> |                                                                                                          |                     |                                                                                                                |                                                                                                       |                          |
|                                                                                                             |                                                                                                          | <div>【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。</div> <div>・同封の案内を参照してください。</div>                                                                                                                      |                                                                                                          |                     |                                                                                                                |                                                                                                       |                          |
|                                                                                                             |                                                                                                          | <div>【3】予約した日に受診する。</div> <div>・自己負担金や保険証など必要品を持参してください。</div>                                                                                                                              |                                                                                                          |                     |                                                                                                                |                                                                                                       |                          |
| <div>ハガキ記入例</div> <div>●●検診希望</div> <div>1. 氏名</div> <div>2. 生年月日</div> <div>3. 住所</div> <div>4. 電話番号</div> |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                          |                     |                                                                                                                |                                                                                                       |                          |

ハガキ記入例

●●検診希望

1. 氏名

2. 生年月日

3. 住所

4. 電話番号

## 別表

### 胃がん検診

| 会場     | 期日     | 曜日 | 時間              | 申込期間      |
|--------|--------|----|-----------------|-----------|
| ふれんど平尾 | 10月4日  | 土  | 午前9時～<br>11時30分 | 8月1日～11日  |
| 保健センター | 11月15日 | 土  |                 | 9月15日～25日 |
|        | 12月7日  | 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20日  | 土  | 午前9時～<br>午後3時 | 7月15日～25日 |
| 保健センター | 6月28日  | 土  |               | 5月1日～10日  |
|        | 7月5日   | 土  |               |           |
|        | 10月25日 | 土  |               | 9月1日～10日  |
|        | 11月9日  | 日  |               |           |
|        | 12月20日 | 土  |               | 11月1日～10日 |
|        | 1月17日  | 土  |               |           |

## 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61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14日  
 申込方法：6ページの『申込方法』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61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14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7年4月2日から令和8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<br>305-1長坂ビル    | 378-1112 | 近藤歯科医院        | 東長沼<br>823 2階           | 377-8922 |
| みやき歯科クリニック  | 矢野口<br>1720-2清水第2ビル | 377-2705 | あさひ歯科医院       | 東長沼<br>3104-1 1階        | 370-6577 |
| 君嶋歯科医院      | 矢野口<br>502-1        | 378-4182 | 稲城長沼ドルフ歯科     | 東長沼<br>535-101          | 379-9880 |
| あらい歯科医院     | 矢野口<br>2208         | 378-0588 | ミューズ歯科 稲城長沼院  | 東長沼<br>1212 1階          | 401-7180 |
| まつもと歯科クリニック | 矢野口<br>691-7        | 379-7040 | レーベンデンタルクリニック | 東長沼<br>3106-3オ-グ'ラ' 2-C | 401-7027 |
| ときた歯科医院     | 矢野口<br>387-1        | 370-7477 | 里吉歯科医院        | 大丸<br>189-7             | 377-7634 |
| さやま歯科医院     | 矢野口<br>2284-1       | 378-7676 | ふない歯科医院       | 大丸<br>1035-1 1階         | 379-7871 |
| 矢野口さちこ歯科医院  | 矢野口<br>313141矢野口    | 377-2856 | 堀江歯科医院        | 向陽台<br>5-5-2            | 378-5454 |
| オヤマ歯科クリニック  | 東長沼<br>2107-11      | 379-4443 | もみの木歯科クリニック   | 向陽台<br>6-3-5            | 313-6480 |
| ふじもと歯科診療室   | 東長沼<br>3103-12      | 378-7105 | 西田歯科医院        | 若葉台<br>4-18-1           | 350-7200 |
| ワタナベ歯科医院    | 東長沼<br>3109 1階      | 378-8148 | わかば小林歯科医院     | 若葉台<br>1-13-20          | 350-1782 |
| 稲城はせがわ歯科医院  | 東長沼<br>532 2階       | 377-8410 | ゆきデンタルクリニック   | 若葉台<br>2-1-1 3階         | 331-4618 |

### 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7年4月2日から令和8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14日（土）  
 申込方法：6ページの『申込方法』を参照。

# 健康教室等

## 健康相談・健康教室（無料）

| 事業名                            | 対象者          | 内 容                                                                                                                                    | 申込方法             |
|--------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 健康相談<br>(要予約)                  | 全市民          | <b>保健相談</b> ①9:30 ②10:30 (各30分程度)<br>保健センター：第1火曜日<br><br><b>栄養相談</b> ①9:30 ②10:00 ③11:00<br>保健センター：第2、3火曜日<br><br>※お電話でのご相談は随時受付しています。 | 相談日前日までに<br>電話申込 |
| 生活習慣病予防教室                      | 30歳～64歳の市民   | 内容等詳細は広報にてお知らせします。                                                                                                                     |                  |
| 女性のための健康セミナー                   | 30歳～64歳の女性市民 | 内容等詳細は広報にてお知らせします。                                                                                                                     |                  |
| 健康な食事づくり講習会<br>(健康な食事づくり推進員事業) | 全市民          | 健康な食事づくり推進員会では、市民の健康づくりを推進するために、健康に役立つ食事作りについての調理講習会等を開催します。<br><b>内容等詳細は広報にてお知らせします。</b>                                              |                  |

## こころの健康づくり

|              |     |                    |  |
|--------------|-----|--------------------|--|
| こころの健康づくり講演会 | 全市民 | 内容等詳細は広報にてお知らせします。 |  |
| こころの健康づくり講座  |     | 内容等詳細は広報にてお知らせします。 |  |

### こころの体温計

▼ パソコンはこちらから  
<https://fishbowlindex.jp/inagi/>

携帯・スマホはこちらから ▶

QRコード

♥ **こころの体温計（本人モード）**  
ストレス度・落ち込み度が分かります。

猫  
社会的なストレス

水槽のヒビ  
住環境のストレス

黒金魚  
対人関係のストレス

赤金魚  
自分自身のストレス

水の透明度  
落ち込み度

石  
その他のストレス

本人モード 結果画面（例）

♥ **家族モード**  
あなたの大切な方の心の健康状態が分かります。

♥ **赤ちゃんママモード**  
産後の不安な心の健康状態が分かります。

♥ **アルコールチェックモード**  
飲酒が心にどのような影響を与えているのが分かります。

♥ **ストレス対処タイプテスト**  
あなたのストレス解消法はどのタイプ？

♥ **いじめのサイン「守ってあげたい」**

♥ **自死家族ケアモード**

パソコンや携帯電話から簡単にご自身やご家族のメンタルチェックが行えるシステムです。

7つのモードからご自身に合ったモードをご利用ください。結果と一緒に専門相談機関一覧も掲示しておりますので、お一人で悩まずにご相談ください。

また、診断するものではありませんので、よい結果であってもお悩みが続く場合は必ず専門機関へのご相談をお勧めいたします。

個人を特定する情報の入力は一切不要です。費用は無料ですが、通信料は自己負担となります。