

骨粗しょう症検診(腕のレントゲン検査)



予約制

【予約・問合せ先】 地域保健課 ☎ 237-2505

※予約は 4月20日(火) 午前9:00から受付

対象者

20歳以上 (平成14年3月31日以前に生まれた方)

※骨粗しょう症と診断された方や治療中の方はご遠慮ください。

※妊娠中またはその可能性がある方は受診できません。

【検査方法】腕のレントゲン検査(骨塩定量検査)

【自己負担金】1,000円

【持ち物】骨粗しょう症検診受診票(17ページ)、自己負担金、保険証

【予約方法】事前予約が必要です。(先着順、定員になり次第締め切ります)

地域保健課へ電話または来所

注意事項

- 1 検診申込み前に、1ページをご確認ください。
- 2 手首につけるアクセサリ・腕時計は、はずしてお越しください。

【受付時間】午前 9:00~11:30 } 30分間隔で予約いたします。
午後 1:00~ 4:00 }

【日程・会場】全日程で乳がん単独検診と同日受診できます。希望する方は予約時にお伝えください。

※甲府市地域医療センター2階に医師会があります。39~40ページの地図でご確認ください。

日程		会場	
6月	9日(水) 午後	医師会健診・検査センター	
	19日(土) 午前	健康支援センター	
7月	13日(火) 午後	医師会健診・検査センター	
	19日(月) 午後	健康支援センター	
9月	4日(土) 午前	健康支援センター	
	27日(月) 午後	医師会健診・検査センター	

日程		会場	
10月	21日(木) 午前	健康支援センター	
	28日(木) 午後	医師会健診・検査センター	
11月	8日(月) 午後	医師会健診・検査センター	
	26日(金) 午後	アネシス	
12月	8日(水) 午後	医師会健診・検査センター	
	20日(月) 午後	健康支援センター	



女性のための

なでしこ健診



女性のための健診を行います。仕事や育児に、いつも忙しくしている女性のみなさん、この日はご自身の健康について一緒に考えてみませんか？

開催日	時間	会場	ミニ講座内容
7月19日(月)	午後	健康支援センター	女性のからだホルモン、健康について
12月20日(月)	1時~4時		

※講座や相談のみの参加も可能です。

<内容>

- 乳がん検診**予約制**(詳細は14ページをご覧ください)
- 骨粗しょう症検診**予約制**(詳細は本ページをご覧ください)
- 女性の健康に関する健康相談、体験型食事診断
- 女性の健康に関するミニ講座

受診者は女性限定!
託児もあります!!

令和3年度 甲府市骨粗しょう症検診受診票 コピー可

検診日	月	日()	受付時間	時	分
会場	健康支援センター / 甲府市医師会健診・検査センター / アネシス				

- 1 この検診の受診にあたり、不正が見られた場合は検診等の費用について請求されることがあります。
(実施期間内に1回のみ受診ができます。受診日に甲府市に住民票がないと受診できません。)
 - 2 保健指導等を実施するにあたり必要があるときは、受診票ならびに結果について必要な範囲で関係する者に提示することがあります。(検診に関する情報は、目的外に使用することはありません。甲府市個人情報保護条例に基づき適正に取り扱います。)
- ※ 上記について同意した上で甲府市骨粗しょう症検診を受診します。

青い枠内をすべて記入してください。

※ボールペン等で記入してください(消せるボールペンで記入しないでください)

	IDNo.		検査日	
ふりがな 氏名	性別	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 (受診日現在 歳)	
住所	〒40 - 甲府市	電話番号		
身長 (cm)	.	体重 (kg)	.	
当てはまるものに○をして () 内に記入してください。				
1. 現在治療中または今までにかかった病気がありますか	いいえ	はい (病名.....)		
2. 今までに骨折したことがありますか	いいえ	はい (部位.....)		
3. 血縁者(祖父母・父母・兄弟姉妹)に骨粗しょう症の人がいますか	いいえ	はい (続柄.....)		
4. 最近背中が丸くなったり腰が曲がったり痛みがありますか	いいえ	はい		
※ 5・6は女性のみ記入				
5. 生理はありますか	いいえ (閉経.....歳、その他)	はい (ほぼ順調、不順)		
6. 妊娠したことがありますか	いいえ	はい		
7. 便通はどうか	比較的よい	便秘気味	下痢気味	
8. 極端なダイエットをしたことがありますか	いいえ	はい		
9. 現在スポーツや運動をしていますか	いいえ	はい (週.....回、種類.....)		
10. 過去にスポーツや運動を継続して行ったことがありますか	いいえ	はい (期間.....年、種類.....)		
11. たばこを吸いますか	いいえ	はい (現在吸っている、過去に吸っていた)		
12. アルコールは飲みますか	いいえ	はい (週.....日、種類.....、量.....)		
13. 牛乳または乳製品をとっていますか	いいえ	はい (毎日、週3~6回、週1~2回)		
14. カルシウム剤を飲んでいませんか	いいえ	はい (理由.....)		
15. 骨密度検査を過去に受けたことはありますか	いいえ	はい (前回.....年前)		

地域保健課 ☎ 237-2505

骨塩量/骨幅 (g/cm ²)		年令比	%	YAM比	%
医師の指示		医師名		尺骨 (cm)	.