

〇〇〇県〇〇〇市(例)

がん 検診手帳

CANCER SCREENING POCKETBOOK

この手帳は、
乳がんと子宮頸がんと大腸がんの検診を
受けるための説明書です。
この手帳を送られた方は、
「無料で」がん検診を受けられます。

クーポン券の使い方

「クーポン券」はこの手帳と同じ封筒に同封されています。

A 直接行く

あなたがお住まいの地域で受けられる
検診機関に、「がん検診無料クーポン券」を
持って、直接、検診に行く場合。



B 予約する

あなたがお住まいの地域で
受けられる検診機関に
予約する場合。



C 確認する

あなたがお住まいの地域以外で
受けられる検診機関を
ご希望の場合。



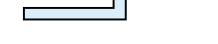
病院で受付をすませ、
時間が来たら検診を受ける
(検診時間は10～20分です)。



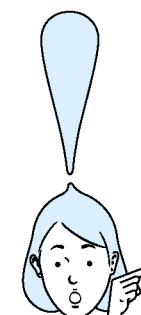
約〇週間後、検診の結果を
お知らせします。



予約した日時に検診を受ける
(検診時間は10～20分です)。



まず、あなたがお住まいの市区町村の
**** 課にお問い合わせください。
電話：0000-00-0000



「がん検診無料クーポン券」
には有効期限があります。
券面に記載の有効期限内に
必ず使用してください。


注意 あなたがお住まいの地域で受けられる「検診機関」は手帳の最後に一覧表がありますのでご覧下さい。

「乳がん検診」は前年度に(昨年の4月2日から今年の4月1日までのあいだに)40歳、45歳、50歳、55歳、60歳になった女性の皆さんを、

「子宮頸がん検診」は前年度に(昨年の4月2日から今年の4月1日までのあいだに)20歳、25歳、30歳、35歳、40歳になった女性の皆さんを、

「大腸がん検診」は前年度に(昨年の4月2日から今年の4月1日までのあいだに)40歳、45歳、50歳、55歳、60歳になった男性及び女性の皆さんを対象にしています。

あなたのメモ欄

 乳がん・子宮頸がん・大腸がん、あなたの「がん検診記録」

私の診察日は 平成 年(20 年) 月 日 曜日

結果郵送日は 平成 年(20 年) 月 日 曜日


検診内容： 受診機関：

検査結果：

病院名： 担当医の名前：

病院の住所：

病院の電話番号：

 今後の検診予定

〈大腸がん検診〉

次の検診は 1 年後 に受けてほしいので、
平成 24 年(2012 年)度

検診内容

受診機関

検査結果

〈乳がん・子宮頸がん検診〉

その次の検診は 2 年後 に受けてほしいので
平成 25 年(2013 年)度

検診内容

受診機関

検査結果

検診の結果、がんとわかって、けっしてあわてない！

こんな心配ありませんか？

がんとわれ
頭の中が真っ白です。
これからのことを考えると
不安でいっぱいです。

現在受けている
治療以外にどんな
治療法がありますか。

先生から病気のことを
説明されましたが、
難しくよくわかりません。

治療や
手術にかかる費用が
心配。

退院すること
になったけれど、
自宅でどうしたら
いいのか…



相談支援センターは、あなたのために、ともに考え、ともに歩みます。

ご本人やご家族が、がんの治療を受けるうえでの不安や悩み、療養生活や仕事のことについて気軽に相談していただけるよう「相談支援センター」を設置しています。

相談員が皆様のお話を伺い、一緒に考え、課題解決のお手伝いをさせていただきます。

また、お話をお伺いし、専門の看護師やスタッフをご紹介しますことができます。

また、相談支援センターでは、ご本人やご家族が得た情報をわかりやすく解説したり、一緒に整理していくお手伝いもしています。

ご相談は相談支援センターに直接お越しいただく方法と、電話でお話を伺う方法があります。

【対面相談】

受付時間
00:00～00:00



場所
<http://aaaaaaaaa>
aaaaaaaaaaaaaaaa

電話番号
00-0000-0000

- ◎相談内容の秘密は厳守いたします。
- ◎相談をすることにより不利益が生ずることはありません。
- ◎相談は無料です。

【電話相談】

受付時間
00:00～00:00



電話番号
00-0000-0000

あなたの地域の相談支援センター一覧

●○○○病院「相談支援センター」
〒000-0000 東京都○○0-0-0
電話：00-0000-0000
診療時間：平日 0:00～00:00

●○○○病院「相談支援センター」
〒000-0000 東京都○○0-0-0
電話：00-0000-0000
診療時間：平日 0:00～00:00

●○○○病院「相談支援センター」
〒000-0000 東京都○○0-0-0
電話：00-0000-0000
診療時間：平日 0:00～00:00

●○○○病院「相談支援センター」
〒000-0000 東京都○○0-0-0
電話：00-0000-0000
診療時間：平日 0:00～00:00

●○○○病院「相談支援センター」
〒000-0000 東京都○○0-0-0
電話：00-0000-0000
診療時間：平日 0:00～00:00

●○○○病院「相談支援センター」
〒000-0000 東京都○○0-0-0
電話：00-0000-0000
診療時間：平日 0:00～00:00

あなたの地域の検診機関一覧

— ここで「がん検診無料クーポン券」を受け付けています。

※印は女医がいる検診機関です

〇〇〇病院

<http://www.aaaaaaaaaaaaaaaa>

〒000-0000 東京都〇〇〇-0-0

電話：00-0000-0000

診療時間：平日 0:00～00:00 休診日：○曜日

※〇〇〇病院

<http://www.aaaaaaaaaaaaaaaa>

〒000-0000 東京都〇〇〇-0-0

電話：00-0000-0000

診療時間：平日 0:00～00:00 休診日：○曜日

※〇〇〇病院

<http://www.aaaaaaaaaaaaaaaa>

〒000-0000 東京都〇〇〇-0-0

電話：00-0000-0000

診療時間：平日 0:00～00:00 休診日：○曜日

※〇〇〇病院

<http://www.aaaaaaaaaaaaaaaa>

〒000-0000 東京都〇〇〇-0-0

電話：00-0000-0000

診療時間：平日 0:00～00:00 休診日：○曜日

※〇〇〇病院

<http://www.aaaaaaaaaaaaaaaa>

〒000-0000 東京都〇〇〇-0-0

電話：00-0000-0000

診療時間：平日 0:00～00:00 休診日：○曜日

※〇〇〇病院

<http://www.aaaaaaaaaaaaaaaa>

〒000-0000 東京都〇〇〇-0-0

電話：00-0000-0000

診療時間：平日 0:00～00:00 休診日：○曜日