令和８年度　胃がん（エックス線）・大腸がん検診のお知らせ

梅丘地区町会自治会連合会
町　会　名

≪ 受診できる方は、**どちらも40歳**以上(令和9年3月末現在)で **梅丘** 地区在住の区民の方です。≫

自己負担費用		
	胃がん検診	**1，000円**（検診日当日、受付でお支払いください。）
	大腸がん検診	**200円**（「検体」提出時にお支払いください。）

＊生活保護受給者等の方の自己負担はありません。

検診会場及び日時

世田谷区立保健センター（松原6-37-10・保健医療福祉総合プラザ２・３階）	胃がん検診 一日 **20名** まで	7月	**23日(木)** **24日(金)**

○受付は、**午前8時45分から**【受付時間帯のご希望はお受けできません。保健センターからご案内します】

検診の内容

胃がん検診・・・バリウムを飲んでからエックス線で撮影を行います。

（注）下記に該当の方は今回の「胃がん検診」は受けることができません。

- 脳卒中(脳梗塞・脳内出血)等で手足のマヒやシビレがあり、物につかまることができない方
- バリウム検査でアレルギー症状が出たり誤嚥したことがある方
- 腸閉塞、腸ねん転になったことがある方
- 胃や十二指腸を切除したり治療中の方
- 心臓ペースメーカーを装着している方
- 人工肛門の方
- 心臓病、腎臓病で水分を制限されている方
- 妊娠中の方

《 令和 7 年度に世田谷区の「胃がん(内視鏡)検診」を受診された方 》

大腸がん検診・・・便の中に出血がないかを調べます。

○ お申込みの方には ≪ 採便容器 ≫ をお送りしますので、容器に便を採取して上記会場、または、指定の場所（「検体提出用封筒」に記載）へご持参ください。

※ 検診結果は、≪胃≫が３週間前後、≪大腸≫は２週間前後でご自宅に郵送いたします。

お申込み方法

上記の検診日から、ご都合の良い日程を選んで

「せたがやコール」へ 電話又は FAX でお申込みください。

オンライン申請は 右記の『**二次元コード**』からお申込みください。▶

申込受付期間　4月21日(火) ～ 6月23日(火)

電　話　03-**5432-3333**　〔午前８時～午後９時〕

ＦＡＸ　03-**5432-3100**　〔24時間受付〕

電話でお申込みの際は、①名前　②性別　③生年月日　④住所　⑤電話番号　⑥希望の検診名　⑦胃がんは希望日　⑧検診会場　以上の8項目をお伝えください。

FAX でお申込みの場合も送信文に 上記 ①(フリガナ) ～ ⑧ を明記 してください。

※お申込みは、ハガキ等 郵送でも受け付けています。上記 ①(フリガナ) ～ ⑧ を明記 してください。

◎ お問合せ・郵送先	(公財) 世田谷区保健センター　管理課 事業係 〒156-0043　世田谷区松原6－37－10　☎03-6265-7413

◎お申込みされた方への「検診のご案内」は、
7月 9日頃 に発送する予定です。お手元に届かない場合はご連絡ください。

回覧												