

がん検診受診者各位

令和〇〇年〇〇月
会社名
安全衛生 担当

がん検診のお知らせ

下記の通りがん検診を実施しますので、是非受診をご検討ください。

記

- 1. 日時：〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇日
- 2. 場所：△△
- 3. 推奨される対象年齢と検査の方法：以下表参照

< 特記事項 >

検診結果については、当社の健康情報取扱規程に基づき適正に取り扱い、保管、管理され、必要に応じて健康管理担当者より精密検査受診の案内を行います。尚、下記目的以外には使用しません。

入手する項目：下記5つのがん検診判定結果
利用する者の範囲：産業保健職（健康管理担当者）のみ
利用目的：精密検査の受診勧奨、精度管理（要精検率、精検受診率の把握）
管理責任者：〇〇〇〇

「問い合わせ窓口」担当〇〇〇〇
(当社における健康情報等取扱規程はHPを参照)

表 国の指針に基づくがん検診

種類	対象者	検査	頻度
胃がん検診	50歳以上 (40歳以上)	胃部内視鏡検査 (胃部エックス線検査)	2年に1回 (1年に1回)
大腸がん検診	40歳以上	便潜血検査 (2日法)	1年に1回
肺がん検診	40歳以上 <u>重喫煙者</u>	胸部エックス線検査 (喀痰細胞診)	1年に1回
子宮頸がん検診	20歳以上の女性	子宮頸部の細胞診	2年に1回
乳がん検診	40歳以上の女性	乳房エックス線検査 (マンモグラフィ)	2年に1回

がん検診 申込書兼同意書

がん検診は、要精密検査と判定された場合には、必ず精密検査を受診することが必要です。

現在、精検受診率が低いことから、精検受診勧奨を行っております。

収集した情報は、当社の健康情報等取扱規程に準じて適正に扱われ、他の目的で利用及び提供されることはありません。

健康管理担当者からの精検受診勧奨に

☐同意します

☐同意しません

以上の通り、がん検診を申し込みます。

令和 年 月 日

氏名 _____

（電子的にする場合は、アレンジして下さい）