

保健センターだより

令和6年5月発行

第84号

編集と発行＝
白河中央保健センター（健康増進課）

〒961-0054 白河市北中川原 313
電話 0248-27-2112 FAX0248-24-5525

【市ホームページ】

<http://www.city.shirakawa.fukushima.jp/>

【電子メール】

kenkozoshin@city.shirakawa.fukushima.jp



～ 市民健診のお知らせ～



集団健診

※WEBまたは電話にて、必ず事前に予約をしてください。

健診名	予約開始日	健診期間
総合健診 (特定(高齢者)健診、胃がん、 肺がん、大腸がん検診等)	5月10日(金)～	6月3日(月) ～10月12日(土)
乳がん検診 【女性のための検診】	表郷・東・大信会場分 5月15日(水)～	6月27日(木) ～12月2日(月)
子宮頸がん・骨粗鬆症検診 【女性のための検診】	中央保健センター会場分 5月17日(金)～	7月1日(月) ～10月17日(木)

会場、実施日については、
詳細をご確認ください。

●令和5年度に総合健診を受診された方には、4月下旬より健診セットを送付していますので、「健診通知書」に記載の日時で受診される場合は予約不要です。なお、日時変更の際には、WEBまた電話にて事前に変更予約をお願いします。

●過去3年間に【女性のための検診】を受診し、今年度対象となる方には、4月下旬に案内のはがきをお送りしています。はがきが届いてない方でも、昨年受診されていない方は受診できますので予約をしてください。

集団健診のWeb予約が便利になりました！！是非ご利用ください。



予約サイト及び
市民健診のページへ

個別健診

※医療機関に直接予約をしてください。

健診種	予約開始日	健診期間
特定健診(高齢者)健診 大腸がん検診	5月20日(月)	6月1日(土)～10月31日(木)
胃がん、肺がん、前立腺 がん、肝炎ウイルス検診	6月17日(月)	7月1日(月)～10月31日(木)
乳がん、子宮頸がん検診		7月1日(月)～2月28日(金)

市民健診の詳細は、4月に各世帯に配布しました
「令和6年度市民健診のお知らせ(保存版)」をご確認ください。

歯周疾患検診を実施します！

歯周病の予防と早期発見を図るため、「歯周疾患検診」を実施します。

対象者	40歳・50歳・60歳・70歳(年度末年齢)
検診内容	問診、口腔内診査、結果説明、歯科指導
費用	無料



※詳細については、対象者に個別に案内します。

担当：予防管理係 Tel.27-2112 集団健診予約ダイヤル：Tel.27-2150

新規参加者募集!

白河市

6月から
ポイントが貯まる!

健康ポイント事業 2024

- ★ウォーキングでポイント!
- ★健康診断でポイント!
- ★体組成測定でポイント!



ポイントが貯まったら



最大 5,000 円相当の賞品と交換

※QUO カードや楽天ポイント等

対象 18歳以上（高校生を除く）の白河市民

参加費 1,000 円（税込）

※事前説明会でお支払いください。

参加条件 市が実施するアンケートに協力できる方

募集人数 2,000 名

お申込み 令和6年4月1日（月）から受付中

このチラシの内容は令和6年4月30日現在のものです。内容に変更が生じた場合は支援レターや市ホームページ等でお知らせします。

必要事項を記入の上、白河市健康増進課（白河中央保健センター）まで提出してください。なお、募集チラシは4月に全戸配布しています。詳しくはそちらをご確認ください。

※お申込みいただいた方には、事前説明会の案内を送付します。

事前説明会日時

	受付・体組成測定	開催時間	会場
①	13:30~14:00	14:00~15:00	中央保健センター
②	15:30~16:00	16:00~17:00	
③	9:00~9:30	9:30~10:30	
④	11:00~11:30	11:30~12:30	
⑤	13:45~14:15	14:15~15:15	
⑥	15:45~16:15	16:15~17:15	

※継続参加の方は自動更新ですので、申込は不要です。4月1日からポイント付与されています。

担当：成人健康係 TEL27-2114

切り取り

◇どちらで参加するか選んでください。（必須）

申込日 令和6年 月 日

活動量計 スマートフォンアプリ（アプリの方は必ずこちらの二次元コードからお申込みください）⇒



4月1日（月）から受付中!

フリガナ	(セイ)	(メイ)	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前	(姓)	(名)	生年月日	西暦 年 月 日
ご住所	〒 白河市 町名・番地 アパート・マンション名、郵便番号			
電話番号	-		身長	cm
メールアドレス	<input type="checkbox"/> 事務局からのメール配信を希望しない ※不明な方は未記入でも構いません。 @			
ニックネーム	※希望者のみ(バーチャルウォーキングラリー時に表示されます。)			
健康保険種別	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険以外			
事前説明会希望日	第1希望 No.	第2希望 No.	第3希望 No.	

紹介者	氏名	
	住所	

1人紹介すると紹介者に200ポイントが付与されます。最大5人まで紹介可!