

## 持ち物

- ・ マイナ保険証等  
※資格確認書や有効期限内の健康保険証も含む
- ・ 後期高齢者健診受診券  
※同封の緑色の受診券の裏面の質問票を、必ずご記入ください
- ・ おくすり手帳（内服薬がある方）
- ・ 検尿容器等（集団健診を受ける方）

## 注意事項

- 健診を受ける時は「後期高齢者健診」とお伝えください。
- 採血があります。食事の時間にご注意ください。  
また、水は飲んでもかまいません。  
・ 午前に受診 ⇒ 朝食は食べずに受診しましょう。  
・ 午後に受診 ⇒ 朝食は軽く食べ、昼食は食べずに受診しましょう。
- 尿検査があります。下記内容にご注意ください。  
・ 医療機関で受ける方  
⇒ 当日健診中に尿検査があります。健診前のトイレは控えましょう。  
・ 集団健診で受ける方  
⇒ 当日の朝に採尿し、会場にご持参ください。容器は後日送付します。
- 年度内に2回以上健診を受診した場合、2回目以降の受診は全額自己負担になるためご注意ください。また医療機関と集団健診の両方を受診できません。

### ◆ 問い合わせ先 ◆

|                    |                                |              |
|--------------------|--------------------------------|--------------|
| 健診・受診券の発行<br>に関する事 | すこやか子育て課 健康づくり班<br>(福祉保健センター内) | 0186-30-0119 |
| 保険の資格<br>に関する事     | 市民課 国保医療班                      | 0186-30-0222 |
| マイナンバーカード<br>に関する事 | 市民課 戸籍年金班                      | 0186-30-0212 |

案内の内容に変更が出た場合は、広報かづのや市民メール等で連絡します。

令和7年度鹿角市

# 後期高齢者健診

実施期間 令和7年7月1日(火)～11月29日(土)

## 対象者

75歳以上の方、または65歳以上の  
後期高齢者医療被保険者証※をお持ちの方  
※マイナ保険証、資格確認証を含みます  
なお、要介護3～5等の方には受診券は送付しておりません

料 金 無料

## 健診内容

身体測定、血圧測定、心電図検査、尿検査(糖・たんぱく)  
血液検査(糖代謝・脂質・肝機能・腎機能・貧血・尿酸値)、診察

### ◆ 健診の受け方 ◆

|     |                                                                  |
|-----|------------------------------------------------------------------|
| 手順1 | 受診場所・受診日を決めて、予約が必要な場合は予約をする。<br>2,3ページの予約の受付日時を確認し、早めに予約しましょう。   |
| 手順2 | 受診券(緑色)裏面の質問票を、記入する。                                             |
| 手順3 | 受診をする。<br>持ち物や注意事項は、4ページをご確認ください。<br>また、集団健診を受ける方は、当日の朝に採尿が必要です。 |

定期的に通院している方で定期的に血液検査等をおこなっている場合は、かかりつけの医療機関へご相談ください。

## 予約が必要な医療機関

予約をする時や健診を受ける時は、「後期高齢者健診」とお伝えください。

| 医療機関名                              | 予約受付                                                                                                               | 健診を行う日時                                              |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 鹿角中央病院<br>☎0186-23-4131            | 診療日の<br>午前9時～12時<br>午後2時～4時                                                                                        | 月～金曜日<br>午後2時～4時                                     |
| なかの消化器内科<br>クリニック<br>☎0186-22-7335 | 診療日の<br>午前10時30分～12時<br>午後3時～5時                                                                                    | 7月～10月の<br>月～木曜日<br>午後1時45分～2時30分                    |
| 三ヶ田内科循環器科<br>医院<br>☎0186-31-1231   | 診療日の<br>午前10時～12時<br>午後2時30分～4時                                                                                    | 7月～10月の<br>月～金曜日の午前中                                 |
| かづのファミリー<br>クリニック<br>☎0186-22-6080 | 月～金曜日<br>午前10時～12時<br>午後3時～5時<br>※予約は電話のみ                                                                          | 7月～10月の<br>月～金曜日<br>午前10時～11時<br>午後2時～4時             |
| 福永医院<br>☎0186-35-3117              | 月～土曜日の診療時間内<br>午前9時～12時<br>午後2時～5時<br>※木・土曜は午前のみ                                                                   | 月～金曜日<br>午前8時30分～11時<br>午後2時～4時<br>※受付時間：木曜は午前のみ     |
| 本田内科胃腸科医院<br>☎0186-35-3002         | 診療日の<br>午前9時～12時<br>午後3時～5時                                                                                        | 月～金曜日<br>午後3時～4時                                     |
| かづの厚生病院<br>☎0186-30-1410           | 6/17(火)、24(火)、7/8(火)<br>時間：午後1時30分～2時30分<br>場所：院内の健診センター<br>※ 定員になり次第、締め切ります<br>※ 上記3日間以外予約できません<br>※ 電話での予約はできません | 月～木曜日<br>【受付時間】<br>午前8時45分～9時<br>【受付場所】<br>院内の健診センター |

感染症拡大防止のため、以下の点についてご理解とご協力をお願いします。  
**健診日の1週間以内に下記項目に1つでも該当する方は健診を受診できません。**  
 来院はせず、お電話にて健診日の変更等の問い合わせをお願いします。  
 ・37.5度以上の発熱がある、またはあった  
 ・咳、のどの痛み、鼻水、頭痛、だるさ、関節痛、嘔気、嘔吐、下痢の症状  
 ・コロナウイルスやインフルエンザ陽性者あるいはその疑いのある方や検査中の方と接触  
 また、来院の際はマスクを着用してくださいますようお願いいたします。

## 予約がいない医療機関

健診を行う健診日時を確認し、健診を受ける時は、「後期高齢者健診」とお伝えください。

| 医療機関名                       | 健診を行う日時                                                                           |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 大里医院<br>☎0186-22-1251       | 月～金曜日の内科診療日<br>午前8時30分～10時30分                                                     |
| 長橋内科胃腸科医院<br>☎0186-23-7612  | 月・火・水・金・土曜日<br>午前8時30分～10時                                                        |
| 大湯リハビリ温泉病院<br>☎0186-37-3511 | 月・水曜日<br>午前10時30分～12時<br>火・木曜日<br>午後1時30分～5時<br>金曜日<br>午前10時30分～12時<br>午後1時30分～5時 |

※8/12～15は受診できません

## 集団健診で受ける(予約が必要)

| 場所・健診日                                            | 当日の受付時間                                                         | 予約方法                                                                                                              |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 鹿角市記念<br>スポーツセンター<br>【日にち】<br>7月31日(木)<br>8月1日(金) | ① 午前9時30分～10時<br>② 午前10時～10時30分<br>③ 午後1時～1時30分<br>④ 午後1時30分～2時 | 予約は、 <b>7月15日(火)まで</b><br><br>(1)電話予約<br>すこやか子育て課 健康づくり班<br>☎0186-30-0119<br>【時間】<br>午前8時30分～午後5時15分<br>水曜は午後7時まで |
| 八幡平市民センター<br>【日にち】<br>8月4日(月)                     | ・他の健(検)診と同時実施<br>のため、予約枠が埋まって<br>いる際はご了承ください。                   | (2)WEB予約                                                                                                          |
| 十和田市民センター<br>【日にち】<br>8月5日(火)                     |                                                                 |                                                                                                                   |

※ 鹿角市記念スポーツセンターは冷房設備がないため、暑さ対策をお願いします。

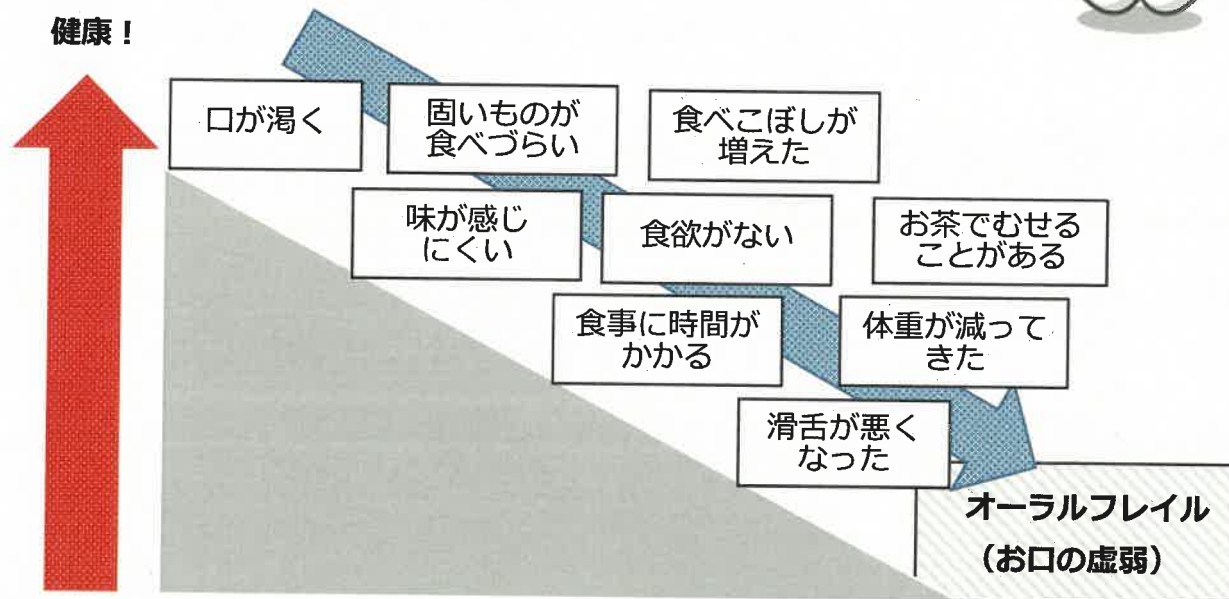
集団健診の会場で、**肺がん(胸部レントゲン)**、**大腸がん(便潜血)**、**前立腺がん**、**肝炎ウイルス検診**を同時に受けられます。集団健診の予約の際にお申し込みください。

この案内が届く前に、前立腺がんまたは肝炎ウイルス検診をご予約している方は、追加で後期高齢者健診、肺・大腸がん検診が受けられます。ご希望の方は、すこやか子育て課健康づくり班へご連絡ください。

# 食べることは、生きること

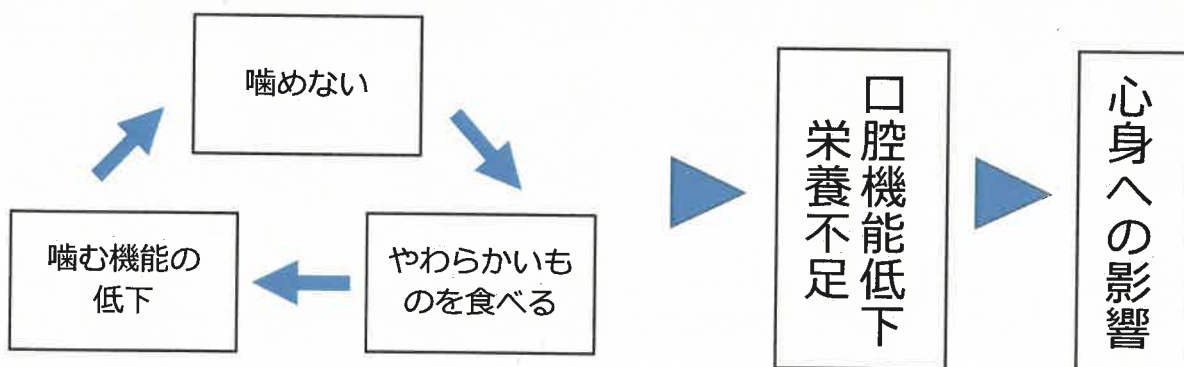


おいしい、楽しい食事をいつまでも



## オーラルフレイルとは・・・

口の機能低下、食べる機能の障害、さらには心身の機能低下までつながる「負の連鎖」に警鐘を鳴らした概念です。



- ①かかりつけ歯科医を持ちましょう。
- ②口の「ささいな衰え」を、そのままにしない。
- ③バランスのとれた食事をしましょう。

### 【お知らせ】

鹿角市では、健康づくりのための家庭訪問を毎年実施しております。  
健康診断後の受診状況や、普段の受診状況、日常生活で困っていることなど確認させていただいておりますので、訪問の際には何卒よろしくお願いいたします。

令和7年度 鹿角市

こう ぐう

# 後期高齢者 歯科口腔健診

令和7年7月1日（火）～ 令和8年2月28日（土）

健康長寿の秘訣はズバリ「歯」です。

今こそ歯科健診を受けましょう！

お口の中の機能が悪くなると、認知症や肺炎、脳卒中など、さまざまな病気に繋がり、健康や生活の質に大きく影響します。

年に1回の歯科健診を受けてお口の状態を良好に保ち、健康的な毎日を送りましょう。

**対 象 者** 後期高齢者医療の被保険者

（※）

75歳以上の方、または、65歳以上で後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方  
※マイナ保険証、資格確認書を含みます

**医療機関** 詳しくは「2」ページをご確認ください。  
「予約制」となります。ご予約はお早めに。

**持 ち 物**

1. 保険証（マイナ保険証でも可）もしくは 資格確認書
2. 質問票（3ページを記入し、切り取ってご持参ください。）

**料 金** 無料

**健診内容** 歯や歯ぐきの状態、入れ歯、かみ合わせ  
口の衛生状態、飲み込む力、舌・口唇機能状態など

【お問い合わせ】

鹿角市 市民課 国保医療班

☎0186-30-0222

## 医療機関一覧

### 花輪地区

| 医療機関名        | 電話番号    | 所在地         |
|--------------|---------|-------------|
| 花のまち歯科医院     | 23-6408 | 花輪字蒼前平72-1  |
| 鹿角中央病院       | 23-4131 | 花輪字六月田97    |
| あんどう歯科医院     | 23-3927 | 花輪字八正寺7-2   |
| おりと歯科医院      | 23-6600 | 花輪字堰向55     |
| 昆歯科医院        | 22-0272 | 花輪字上中島134-1 |
| オーラルクリニックかづの | 25-8615 | 花輪字新田町25-8  |

### 毛馬内地区

| 医療機関名      | 電話番号    | 所在地             |
|------------|---------|-----------------|
| 八幡歯科医院     | 35-2858 | 十和田毛馬内字下夕道19-22 |
| 小野寺歯科クリニック | 35-2771 | 十和田毛馬内字毛馬内106-1 |
| ちゃこ歯科クリニック | 35-2110 | 十和田毛馬内字上寄熊15-1  |

### 大湯地区

| 医療機関名      | 電話番号    | 所在地            |
|------------|---------|----------------|
| かづの大湯歯科診療所 | 37-4555 | 十和田大湯字上ノ湯56-3  |
| なら歯科医院     | 22-7337 | 十和田大湯字川原ノ湯13-9 |

## 予約・受診方法

1. 電話や医療機関の窓口にて、予約をします。
2. 健診当日は、保険証（マイナ保険証でも可）もしくは資格確認書と、質問票（この用紙）を持って受診します。

予約をする時や、健診を受ける時は

「後期高齢者 <sup>こうくう</sup> 歯科口腔 健診」とお伝えください。



住 所 鹿角市

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大・昭 年 月 日

後期高齢者歯科口腔健診

質 問 票

◆該当する番号を○で囲んでください。

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 現在、ご自分の歯や口の状態で気になることはありますか。<br>1. 噛み具合                      2. 口元や前歯の見た目                      3. 話しにくい<br>4. 口臭                      5. 歯ぐきや歯の痛み                      6. 飲み込みにくい<br>7. 歯科治療を中断している    8. 義歯（入れ歯）の具合がわるい<br>9. その他（                      ）                      10. 特になし |
| 2  | 入れ歯を使っていますか<br>（1つでも使っている場合は「1」を選んでください）<br>1. 使っている<br>2. 持っているが使っていない<br>3. 持っていない                                                                                                                                                                                                    |
| 3  | 自分の歯または入れ歯で左右の奥歯をしっかりと噛みしめられますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4  | かかりつけの歯科医院がありますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5  | 年に1回以上は歯科医院で定期検診を受けていますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                             |
| 6  | 次のいずれかの病気で治療を受けている、もしくは受けたことがありますか<br>1. 高血圧    2. 糖尿病                      3. 脳卒中                      4. 心臓病<br>5. がん                      6. 肺疾患（肺炎含む）    7. 骨粗しょう症                      8. その他（                      ）                                                              |
| 7  | 現在、1日に内服している飲み薬は何種類ありますか<br>（サプリメント、市販薬を除きます）                      （                      ）種類<br>（お薬手帳があればお見せください）                                                                                                                                                                      |
| 8  | たばこを吸っていますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 9  | 1日2回以上歯をみがいていますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 10 | 歯間ブラシまたはフロス（糸ようじ）を使っていますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                            |
| 11 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                              |
| 12 | お茶や汁物等でむせることがありますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 13 | 口の渇きが気になりますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 14 | 週1回以上は外出していますか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 15 | 過去半年間で2～3kg 以上の体重減少がありましたか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                           |
| 16 | 過去半年間で発熱（37.8 度以上）はありましたか<br>1. はい    2. いいえ                                                                                                                                                                                                                                            |

記入漏れがないかご確認ください。