

< 報道発表資料 >

令和 8 年 8 月 1 4 日

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室健康長寿企画課

こうくう こうくうねんまくけんしん
口腔がん啓発のための口腔粘膜検診の実施
～口腔外科医によるお口の粘膜のチェック～

京都市では、市民の皆様に広く口腔がんについて知っていただくために、一般社団法人京都府歯科医師会の御協力を得て、「口腔粘膜検診」を実施します。

【口腔粘膜検診の概要】

- 実施日時 令和 8 年 1 0 月 2 4 日（土） 午後 2 時 3 0 分～4 時 4 5 分
上記時間の中で、実施時間帯を指定します（時間帯の希望はお受けできません）。
※検診時間は約 5 分ですが、待ち時間が発生する可能性があります。
※事前申込制
- 実施場所 京都府歯科医師会 口腔保健センター
〒604-8418 京都市中京区西ノ京東梅尾町1番地（JR二条駅より徒歩1分）
- 実施主体 京都市（事業委託 一般社団法人京都府歯科医師会）
- 対象者 京都市内にお住まいの方 ※定員 80 名
（申込多数の場合は申込者の過去の受診状況等を考慮のうえ抽選します。）
- 費用 無料（受診票の提出が必要）
- 実施内容 問診、口腔外科医による舌・頬粘膜・歯肉（歯ぐき）の視診や触診
※歯周病やむし歯の検診は行いません。
- 申込方法 次の(1)又は(2)いずれかの方法でお申し込みください。 申込フォーム↓

(1)WEB フォームでの申込

下記 URL 又は右の二次元コードから

URL : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd-2ADii2AePIG8UXCeKxSfyJk_lvEfXseCwJkIHcsHO69QAQ/viewform



(2)はがきで申込

既成はがきに、次の①～⑤の必要事項を御記入のうえ、「申込はがきの送付先」までお申し込みください（はがき 1 枚につき 1 名分の申込）。

健診を希望される方（御本人）について

- ①「口腔粘膜検診希望」 ②氏名（ふりがな） ③生年月日（西暦）
④郵便番号・現住所 ⑤電話番号（御連絡のつく番号、携帯電話可）

※申込みに係るはがき及び郵便料金は申込みされる方の御負担となります。

- 申 込 期 間 令和8年9月1日（火）～9月30日（水）必着
- 申 込 結 果 定員80名までの方には、京都府歯科医師会から受診票（はがき）をお送りしますので、当日の受診の際にお持ちください。検診時間帯は指定となります。
なお、定員を超えた場合は抽選し、落選の場合はその旨御連絡しますので、あらかじめ御了承願います。

<申込はがき送付先>

京都府歯科医師会 総務部

住所 〒604-8418 京都市中京区西ノ京東栞尾町1番地

電話 075-812-8020

<本事業に関するお問合せ先>

京都市保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室健康長寿企画課

電話 075-222-4420