

※健康診断担当者様にご案内ください。

泉佐野商工会議所 令和元年度ウェルネス事業 定期健康診断のご案内(会員限定)

秋の定期健康診断



場所 日程	集団健康診断	出張健康診断
	場所: 泉佐野商工会議所 日程: 11月20日(水) 時間: 午前9:00~12:00 (受付は午前11:45まで)	場所: 各事業所(受診者 15名以上必要です) 日程: 11月1日(金)・11月14日(木) 時間: 要相談



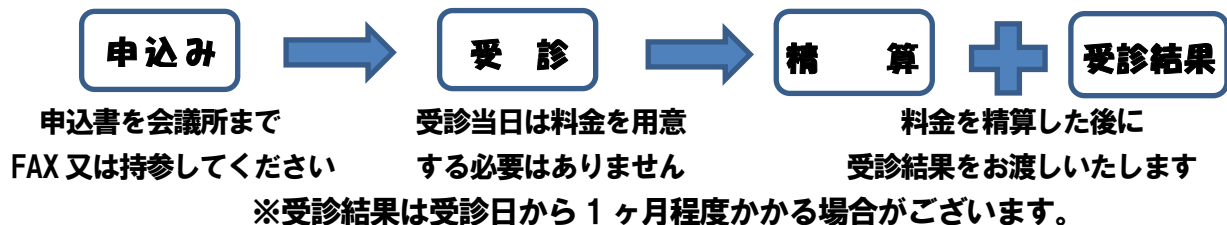
	一般定健 A	一般定健 B	一般定健 C
	<ul style="list-style-type: none"> ●既往歴、業務歴の調査 ●自覚症状(所見)の有無 ●身長、体重、肥満度、視力、聴力、血圧、尿(糖・蛋白・潜血) ●胸部X線間接撮影、医師診察 	一般定健Aの項目に <ul style="list-style-type: none"> ●血液検査(血液一般、肝機能、血糖、脂質検査、腎機能、痛風、すい臓機能) ●心電図検査(安静時) ●メタボリックシンドローム検査(質問項目、腹囲計測、低比重リポ蛋白コレステロール(LDL-cho))を加えた検査 	一般定健Bの項目に <ul style="list-style-type: none"> ●HbA1c項目(糖尿病検査)を加えた検査
	35歳を除く39歳までの方向け(法定)	35歳を含む40歳以上の方向け(法定)	特に糖尿が気になる方向け
健診料	2,920円(税込)	7,320円(税込)	8,130円(税込)

《オプション検査(全て血液検査です)》腫瘍マーカー検査・ABC検査・NT-proBNP検査 ※鉛検診も別途実施しています

オプション検査	CEA	大腸、胃、肺など	オプション検査① 3,140円(税込)	オプション検査② 5,220円(税込) ※オプション①の内容を含むので①と② 両方のお申し込みはできません
	TPA	食道、胃、直腸など		
	AFP	肝臓など		
	CA19-9	膵臓、胆道、胃など		
	PSA(男性のみ)	前立腺など	オプション検査③2,600円(税込)	
	CA125(女性のみ)	卵巣、子宮体部、頸部など	オプション検査④2,600円(税込)	
	CA15-3(女性のみ)	乳(進行性)、卵巣など	オプション検査⑤2,600円(税込)	
	ABC検診	胃	オプション検査⑥4,060円(税込)	
	NT-proBNP(心不全マーカー)	心臓	オプション検査⑦3,290円(税込)	
CYFRA(シフラ)	肺(喫煙習慣がある方は受けておきたい検査項目)	オプション検査⑧3,130円(税込)		

実施機関 (医) 紀章会 健康増進センター

【集団健康診断の流れ】



【オプション検査について】※すべて血液から検査します

●腫瘍マーカー検査とは？

体内にガン細胞があるかどうかをチェックする場合に行われる検査の1つです。

●ABC 検査とは？

胃癌危険度を診断し、異常のある人に効率的に精密検査を勧奨する検査です。

●NT-proBNP とは？

心不全や糖尿病・高血圧といった心不全のハイリスク群の早期発見に役立つ検査の1つです。



【出張健診について】15名以上の受診者が必要です



受診者15人以上(一般定健A・Bの受診者が15名以上必要)、健診用スペース(会議室や食堂等)机約6台・椅子約10脚・心電図受診スペース有、レントゲン車・医師等の車の駐車スペース有、レントゲン車の電源を借用、これらをご用意可能な事業所が対象。スタッフは医師・看護師等約8名が訪問。その他ご相談させていただきます。

【健康診断受診風景】



本所4階ホールでの健康診断



本所駐車場でレントゲン検診

★FAX1枚で簡単お申込み！

★好きな時間に受診OK！

★同じ会社でも別々に受診OK！

【お申込み方法】集団健診 11/13(水)、出張健診 10/1日(火)締め切り

定期・出張健康診断受診申込書(裏面)に必要事項をご記入の上、集団健診は11月13日(水)必着、出張健診は10月1日(火)必着で商工会議所窓口、FAX、郵送にてお申込下さい。日程を調整し、各事業所宛に詳しい内容等を後日連絡させていただきます。



【お支払方法・受診結果】★受診結果の郵送を始めました！★



お支払いは商工会議所窓口での現金決済か口座振込(手数料はご負担ください)をお選びいただけます。従業員の受診費用は、必要経費または損金算入が認められています。受診結果は窓口でのお渡ししか、郵送(有料・入金確認後の発送)になります。
※振込でのお支払いの場合は、入金後ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

◎お問い合わせ・お申込み

TEL : 072-462-3128

泉佐野商工会議所 市場西 3-2-34 FAX : 072-463-8780 (担当：市場)

集 団 ・ 出 張 健 康 診 断 受 診 申 込 書 (税込)

事業所名		
事業所住所	〒	
電話		
FAX		
担当者名		
受診希望日	集団健康診断: 11月20日(水)	
	出張健康診断: 第1希望日 月 日 ・ 第2希望日 月 日	
受診結果の 受取方法	チェック! <input type="checkbox"/> 直接の受け渡し(本所窓口)	チェック! <input type="checkbox"/> 郵送 <small>※有料・レターパックで発送:370円か520円 受診者数によって発送費が変わります)</small>
一般定健 A	人×2, 920円	円
一般定健 B	人×7, 320円	円
一般定健 C	人×8, 130円	円
オプション 検査①	人×3, 140円	円
オプション 検査②	人×5, 220円	円
オプション 検査③	人×2, 600円	円
オプション 検査④	人×2, 600円	円
オプション 検査⑤	人×2, 600円	円
オプション 検査⑥	人×4, 060円	円
オプション 検査⑦	人×3, 290円	円
オプション 検査⑧	人×3, 130円	円
合 計	人	円
備考		

受診される方の氏名をご記入し、検査種類には希望する受診項目に○印をご記入ください。※生年月日の記入漏れにご注意下さい。

	フリガナ 氏名	性別	生年月日	A	B	C	オプション							
							①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
1			S . H											
2			S . H											
3			S . H											
4			S . H											
5			S . H											
6			S . H											
7			S . H											
8			S . H											
9			S . H											
10			S . H											
11			S . H											
12			S . H											
13			S . H											
14			S . H											
15			S . H											

出張健診を受診される方も名簿への記載が必要となりますので必ず締め切りまでにご提出のほどよろしくお願い申し上げます。

