

※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6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5日(火)・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14日(木)・11月22日(金) 11月26日(火) 時 間:実施機関より指定(応相談)

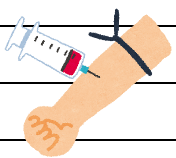


集団健康診断は定員制です。

各日、先着130名に達し次第募集を締め切りますのでご了承ください。

健診項目	一 般 定 健 A	一 般 定 健 B	一 般 定 健 C
 	●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 ●血液検査(血液一般、肝機能、血糖、 脂質検査、腎機能、痛風、すい機能) ●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 ●HbA1c項目(糖尿病検査) を加えた検査
	35歳を除く39歳以下の方(法定)	35歳、並びに40歳以上の方(法定) ※上記年齢以外の方も受診できます	・特に糖尿が気になる方向け ※どなたでも受診できます
健診料	2,920円(税込)	7,320円(税込)	8,130円(税込)

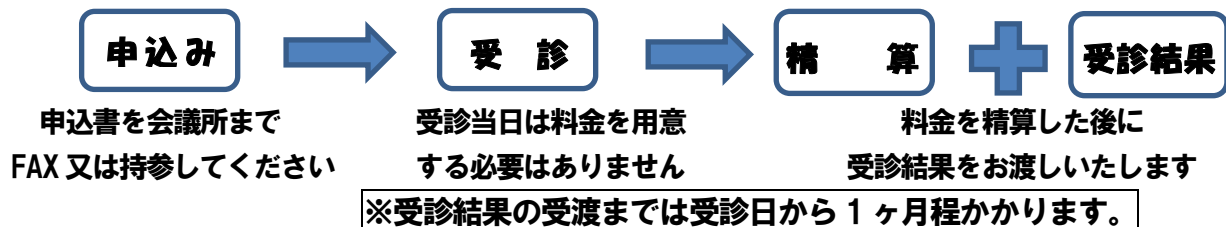
《オプション検査(全て血液から検査します)》 腫瘍マーカー検査・ABC検診・NT-proBNP(鉛検診も別途実施)

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の内容を含みますので、 ①と②両方のお申し込みはできません。
	Span-1	消化器系、膵臓など		
	AFP	肝臓など		オプション検査③ 2,600円(税込)
	CA19-9	膵臓、胆道、胃など		
	PSA(男性のみ)	前立腺など		
	CA125(女性のみ)	卵巣、子宮体部・頸部など		オプション検査④ 2,600円(税込)
	CA15-3(女性のみ)	乳(進行性)、卵巣など		オプション検査⑤ 2,600円(税込)
	ABC検診	胃		オプション検査⑥ 4,060円(税込)
	NT-proBNP(心不全マーカー)	心臓		オプション検査⑦ 3,290円(税込)
	CYFRA(シフラ)	肺(喫煙習慣がある方向け)		オプション検査⑧ 3,130円(税込)

実 施 機 関

(医) 寛佳会 健康増進センター

集団健康診断 実施の流れ



【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確認するための検査です。

●ABC 検診とは？

胃癌の危険度を診断し、異常のある場合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です。



【出張健診について】15名以上の受診者が必要です

- ＜実施条件＞
- 受診者が15名以上（一般定健 A・B・C の受診者が合わせて 15 名以上必要）
 - 健診の実施場所がある（会議室・食堂等で、机約 6 脚・椅子約 10 脚が設置できる場所、心電図検査の実施場所、レントゲン車及び医師等の車両の駐車場（医師等約 8 名が訪問します））
 - レントゲン車で使用する電源
- 上記のご用意をいただける事業所が対象です。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



本所駐車場でのレントゲン検診

- ★FAX 1 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】締切：集団健診 10/22（火）、出張健診 10/11（金）

集団・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 10 月 22 日（火）必着、出張健診は 10 月 11 日（金）必着で商工会議所窓口、FAX、または郵送にてお申込みください。
日程を調整し、各事業所宛に詳しい内容等を後日連絡いたします。

【お支払方法・受診結果の受渡方法】



- お支払いは商工会議所窓口での現金支払か口座振込（手数料はご負担ください）をお選びいただけます。なお、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。
 - 受診結果の受渡は、商工会議所窓口、もしくは郵送（有料・要申込・入金確認後の発送）です。
- ※口座振込の場合、入金後に当所までご連絡いただきますようお願いいたします。

○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・佐竹）

FAX 受領後、当所から受領をお知らせするご連絡をいたします。数日経っても連絡が無い場合は下記までお問合せください。

集 団 ・ 出 張 健 康 診 断 受 診 申 込 書 (金額は税込)		
事業所名		
所在地	〒	
電 話		
F A X		
担当者名		
受診希望日	集団健康診断： 11月5日(火) ・ 11月20日(水)	
	出張健康診断： 第1希望日 11月 日 ・ 第2希望日 11月 日 ★第3希望まで記入必須 第3希望日 11月 日	
受診結果の 受取方法 ☒	☐ 窓口 ※泉佐野商工会議所窓口にお越しいただき、お支払いと受渡しを行います。 ☐ 郵送 ※振込確認後に郵送します。郵送費（レターパック代実費）は事業者様のご負担です。	
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
受診人数 (A + B + C)	人	受診料合計 円
備考		

※受診日当日の検査内容の追加・削除・変更はできません（検査の一部をとりやめる場合でも請求額の減額はできません）。
お申込み内容に変更等がある場合、再度申込書をFAXいただくか、072-462-3128（泉佐野商工会議所）まで予めご連絡ください。

受診者の氏名・性別・生年月日およびご希望の検査項目に○印をご記入ください。15 名を超える場合は複製してご使用ください。
出張健診で受診される場合も締切日までのご提出が必要です。 ※取得した個人情報健康診断事業のためにのみ使用し、他の目的で使用しません。

[illegible]