

春の定期健康診断

集団健康診断	出張健康診断
場所：泉佐野商工会議所 日程：5月25日(月)・26日(火)・6月2日(火) 時間：9:00 から 12:00 (受付は 11:45 まで)	場所：各事業所 (受診者 15 名以上が必要です) 日程：5月7日(木)・8日(金)・11日(月)・13日(水)・15日(金)・20日(水)・21日(木)・28日(木) 時間：実施機関により指定 (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切りますのでご了承ください

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 <p>35 歳を除く 39 歳以下の方 (法定)</p>	<p>一般定健 A に以下を加えた検査</p> <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)) <p>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</p>	<p>一般定健 B に以下を加えた検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ●HbA1c 項目(糖尿病検査) <p>特に糖尿が気になる方向け ※どなたでも受診できます</p>
3,000 円 (税込)	7,320 円 (税込)	8,130 円 (税込)

オプション検査	検査番号	検査内容 / 対象の部位		料金 (税込)
	②	CEA	大腸、胃、肺など	4,000 円
		AFP	肝臓など	
		CA19-9	すい臓、胆道、胃など	
	③	【男性対象】 PSA	前立腺など	2,700 円
	④	【女性対象】 CA125	卵巣、子宮体部・頸部など	2,700 円
	⑤	【女性対象】 CA15-3	乳 (進行性)、卵巣など	2,700 円
	⑥	ABC 検診	胃	4,100 円
	⑦	NT-proBNP	心臓 (心不全マーカー)	3,300 円
	⑧	CYFRA (シフラ)	肺 (喫煙習慣がある方向け)	3,200 円
	⑨	p53 抗体	食道、大腸、乳など	3,300 円

※オプション検査はすべて血液検査による腫瘍 (ガン) マーカー検査です。その他、鉛検査等も別途実施いたします
※オプション検査に「①」はありません。お間違いにご注意ください。

受診の手続き・手順【申込締切】集団健診：5月8日(金) / 出張健診：4月7日(火)

- ① 申込み 締切までに、会議所窓口、FAX、またはメールにてお申込みください。ホームページで Excel 版公開中
※申込から数日経っても会議所から申込受付のお知らせが届かない場合はお問合せください
- ② 受診 受付いたしました日程にてご受診ください。集団健診では混雑時に待ち時間が発生します
- ③ 支払い **結果のご用意までは 1 か月程度かかります。**ご用意ができ次第、受診料金を請求いたします。
支払方法は会議所窓口での現金または小切手支払、もしくは口座振込(手数料は事業者負担)です
- ④ 結果受取 集団健診：商工会議所窓口、または郵送 (要申込み・入金確認後の発送)
出張健診：実施機関から直接郵送されます (請求の時期と前後する場合があります)

出張健康診断について

＜実施条件＞ **下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。

- 受診者 **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 台・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 人が訪問します))
- レントゲン車で使用する電源がある

お問合せ・実施機関

- お問合せ：泉佐野商工会議所 (泉佐野市市場西 3-2-34)
TEL：072-462-3128 FAX：072-463-8780 担当：市場・佐竹
Excel+メールで申込みできます (泉佐野商工会議所ホームページ) ⇒
- 実施機関：医療法人寛佳会 健康増進センター

※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。



集 団 ・ 出 張 健 康 診 断 受 診 申 込 書

事業所名		申込書 Excel 版公開中 メールで申込みます ※別面参照
所在地 (案内・請求先)	〒	
日中連絡先		
F A X		
担当者名		
受診形態 ・ 希望日	集団健康診断（○付け）： 5月25日(月) ・ 5月26日(火) ・ 6月2日(火) 出張健康診断（記入）： 第1希望 5月 日 ・ 第2希望 5月 日 第3希望までは記入必須 第3希望 5月 日 ・ 第4希望 5月 日	
受診結果の 受取方法☑	<input type="checkbox"/> 窓口 ※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（集団のみ選択可）。 <input type="checkbox"/> 郵送 集団：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。 出張：実施機関より無料で郵送されます。商工会議所窓口での受取はできません。	
備考・要望等 (自由記入)		

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。10名を超える場合は複製してご使用ください。

	フリガナ	性別	生年月日	A	B	C	オプション検査								
	氏 名						②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	
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												
FAX 072-463-8780				合計数：											