

健康診断のご案内

病気の早期発見に！健康管理は自分自身で！

高齢化社会の進展に伴い、生活習慣病等をもつ人達がふえております。生活習慣病予防のためには、適切な健康診断と、その結果に基づいた健康管理が必要です。

この機会に是非とも受診されますようお願い致します。

記

1.日 時 ・5月12日(火) 受付時間 8:30～11:30 13:00～14:30
申込締切 4月17日(金)

・6月 8日(月) 受付時間 8:30～11:30 13:00～14:30
申込締切 5月 8日(金)

・6月10日(水) 受付時間 8:30～11:30 13:00～14:30
申込締切 5月 8日(金)

※ 胃がん検診、生活習慣病予防健診は3日間とも午前中の受診となります。

2.健診会場 村上市民ふれあいセンター（住所：村上市岩船3270）

3.検診機関 一般財団法人 健康医学予防協会

4.申込締切日 準備の都合上、5月の健診につきましては**4月17日（金）**まで
6月の健診につきましては**5月8日（金）**までにお申し込みください。

5.支払方法 健診結果と請求書が同封されますので、銀行振込でお願いします。

6.その他 当商工会議所主催の健康診断は春と秋の年2回予定しております。

7.申し込み先 裏面申込書に必要事項記入のうえ、当商工会議所へお申し込みください。

村上商工会議所

〒958-0841 村上市小町4-10

TEL:0254-53-4257 FAX:0254-53-0172



8.検診内容

①	定期健診	Aコース	労働安全衛生法に基づく検診(35歳・40歳以上)問診、聴打診、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線、血圧、検尿(糖、蛋白)、心電図、赤血球数、ヘマトクリット、GOT、GPT、γ-GTP、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、HbA1c	8,208円 (本体価格 7,600円)
②		Bコース	労働安全衛生法に基づく検診(35未満・36歳~39歳)問診、聴打診、身長、体重、視力、聴力、胸部X線、血圧、検尿(糖、蛋白)	3,456円 (本体価格 3,200円)
③		Sコース	問診、聴打診、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線(直接)、血圧、検尿(糖、蛋白、潜血)、赤血球数、白血球数、ヘマトクリット、GOT、GPT、γ-GTP、総コレステロール、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、HbA1c、ツツカ反応、ALP、心電図、大腸がん、尿酸	10,800円 (本体価格 10,000円)
④	全国健康保険協会(協会けんぽ)生活習慣病予防健診		問診、聴打診、身長、体重、腹囲、視力、聴力、胸部X線(間接)、胃部X線(間接)、血圧、検尿、赤血球数、白血球数、ヘマトクリット、GOT、GPT、γ-GTP、中性脂肪、総コレステロール、HDLコレステロール、LDLコレステロール、血糖、ALP、心電図、大腸がん、尿酸、ウマチン ※	協会けんぽが定めた料金による(平成26年度料金 4,531円~)
⑤	オプション	胃がん検診	胃部X線撮影(間接)	4,644円 (本体価格 4,300円)
⑥		肺がん検診	胸部X線撮影(直接2方向 正面・側面)、喀痰検査(蓄痰3日法)	5,184円 (本体価格 4,800円)
⑦		大腸・直腸がん検診	大腸、直腸など、がん・ポリープ早期発見のための便潜血検査(1回法)	972円 (本体価格 900円)
⑧		血液検査	CEA	主に消化器系(大腸など)がんの補助検査のひとつです。(血液検査) ※この検査だけでがんの確定診断はできません。
⑨	CA19-9		主に消化器系(膵・胆道)がんの補助検査のひとつです。(血液検査) ※この検査だけでがんの確定診断はできません。	2,376円 (本体価格 2,200円)
⑩	PSA		前立腺がんの補助検査です。(血液検査)	2,700円 (本体価格 2,500円)
⑪	有機溶剤検診		有機溶剤等の製造、又は含有物を用いる塗装、接着、洗浄、印刷などの作業従事者(年2回)	2,160~9,720円 (本体価格 2,000~9,000円)
⑫	じん肺検診		粉じん(土石、鉱物、金属など)の作業従事者	3,780円 (本体価格 3,500円)
⑬	振動障害検診		さく岩機、チェーンソー、コンクリートブレイカー、パワートラックなどの作業従事者	3,240円 (本体価格 3,000円)
⑭	鉛検診		鉛等を取り扱う業務又はその蒸気・粉じんを発生する場所における業務	6,480円 (本体価格 6,000円)

※ 今回お申し込みの場合 Aコース、Bコースとも若干の割引が受けられる予定です。

※ 全国健康保険協会(協会けんぽ)生活習慣病予防健診については全国健康保険協会新潟支部へ別途お申込が必要となります。

健康診断受診申込書

①Aコース	_____名	⑧CEA	_____名
②Bコース	_____名	⑨CA19-9	_____名
③Sコース	_____名	⑩PSA	_____名
④生活習慣病予防健診	_____名	⑪有機溶剤検診	_____名
⑤胃がん検診	_____名	溶剤名	_____
⑥肺がん検診	_____名	⑫じん肺検診	_____名
⑦大腸・直腸がん検診	_____名	⑬振動障害検診	_____名
		⑭鉛検診	_____名

※ 受診希望日に✓を付けて希望時間をご記入下さい。(特に希望のない場合は、記入されなくても結構です。)

(5月12日 (火) 午前・午後 時 分 希望)

(6月 8日 (月) 午前・午後 時 分 希望)

(6月10日 (水) 午前・午後 時 分 希望)

事業所名

代表者名

所在地

電話番号 _____

担当者 _____