

大東商工会議所 会員限定 2024年前期
定期健康診断のご案内

実施時期：7月中旬

〈申込締切：5月 17日 〈金〉〉

職場で働く人の健康を確保するため、労働安全衛生規則により、毎年1回の定期健康診断の受診が義務づけられています。同時期に協会けんぽの生活習慣病予防健診も実施しますので、皆様のニーズに合わせてお申し込みください。

流れ

○裏面申込書に必要事項をご記入の上当所へ FAX 又は郵送にてお申し込みください。

○日程調整・個人票作成の後、各事業所宛へ日程等のご案内を実施します。

○集合健診は大東市民会館にて実施致します。
 (A健診受診希望者15名以上又は協会けんぽの受診希望者40名以上で事業所への巡回健診を受付致します。)

○検査結果及び受診者分の請求書を事業所へ郵送します。

○健診料金を振り込む。

料金 (1名あたり税込)

●A健診 **7,700円**

＜B健診は昨年度限りで終了しました。＞

●協会けんぽの生活習慣病予防健診 **3,582円**

対象者：協会けんぽに加入の35歳から74歳までの方
 ※被扶養者<家族等>は対象外です。ご注意ください。

★ 4月2日から翌年の4月1日までの年齢が対象年齢です。

年度内に75歳を迎える方は、誕生日から後期高齢者医療制度の加入者になりますので、誕生日の前日までが対象です。

オプション (1名あたり税込) **必ず上記健診とセットで受診願います。**

①じん肺健康診断 2,750円

②有機溶剤健診基本項目 2,200円

③有機溶剤健診トルエン 2,200円

④有機溶剤健診キシレン 2,200円

⑤有機溶剤健診エチルベンゼン 3,300円

⑨腫瘍マーカー基本セット 5,500円

(肝臓・脾臓・胆嚢・腸・肺のがん検査) (CEA, AFP, CA19-9, SCC)

ガン細胞が作る物質を血液から検出します。主としてがんを診断していくうえの補助的な検査や治療効果の経過観察の検査です。

⑩前立腺がん検査<PSA> 2,200円

⑪乳がん・卵巣がん検査<CA15-3, CA125> 4,400円

⑫大腸ガン検査<便潜血2回法> 1,650円

⑮LOX-index(脳梗塞・心筋梗塞リスク検査) 13,200円

血液中の超悪玉コレステロール(LAB)とその担い手であるsLOX-1を測定・解析することで将来の脳梗塞・心筋梗塞の発症リスクを評価する血液検査です。検査結果で、脳梗塞・心筋梗塞のリスクがあれば予防対策を取って、早い段階からリスク回避いただけます。

⑯甲状腺検査 4,400円

FT3・FT4という血液中の甲状腺ホルモンを調べることで、糖の代謝やたんぱく質合成など、人間のエネルギー代謝をおこなうために分泌される物質です。さらにTSHという物質は脳から分泌される甲状腺ホルモンのことで、FT3・FT4の調整機能もちます。これらを調べてホルモンの分泌異常がないかを調べます。

⑥溶接ヒューム等特殊健診

2,200円

金属をアーク溶接する作業・アークを用いて金属を溶断し又はガウジングする作業 その他の溶接ヒュームを製造し又は取り扱う作業 等、「金属アーク溶接等作業」に従事されている方が対象です。

⑦HbA1c (その日から1~2か月前の血糖の状態を推定できる事になります。) 605円

⑧B・C型肝炎ウイルス検査 (HBs抗原(定性)、HCV 抗体(定量)) 3,300円

⑬ABC健診(胃がんリスク健診) 4,400円

ヘリコバクターピロリ抗体(Hp 抗体)検査でピロリ菌感染の有無を、ペプシノゲン検査で胃粘膜萎縮度を調べその結果を組み合わせ胃がんのリスクを分類して評価する健診です。

⑭すい臓がんリスク検査 (Protokey) 16,500円

4つの「血中ペプチド濃度」からリスクインデックスを算出し現在のすい臓がんのリスクを評価する検査です。

⑰アレルギー検査 13,200円

一度に主要な39項目のアレルゲン(アレルギーの原因となる物質)を採血で調べます。

検査項目	A健診	協会けんぽ	
診察	○	○	
身体測定	○	○	
視力	○	○	
聴力	○	○	
血圧	○	○	
尿	糖	○	
	蛋白	○	
	潜血	○	
胸部X線	○	○	
胃部X線		○	
大腸ガン検査		○	
血液検査	白血球	○	
	ヘマトクリット		○
	GOT・GPT・γGTP	○	○
	ALP		○
	HDLコントロール	○	○
	総コレステロール		○
	LDLコレステロール	○	○
	中性脂肪・空腹時血糖	○	○
	eGFR		○
	尿酸・クレアチニン	○	○
心電図	○	○	
腹囲測定	○	○	

2024年前期 **定期健康診断申込書**

事業所名			
所在地			
代表者名		担当者名	
TEL		FAX	
健診予定表及び結果報告等の送付先		代表者・担当者あて	

巡回希望の有無 (A 健診で15名・協会けんぽで40名以上から受付可能です。)	有・無
「レントゲン車の駐車場所・健診場所など確保できる」と恵生会側が確認の上にて実施致します事予めご了承願います。	

受診者のお名前・生年月日・健診の種類・オプション等のご希望ご記入願います。

〈ふりがな〉 お名前	性別 どちらかに○をつけてください。 【生年月日】	希望する健診の方に○をつけてください。 オプションは番号をご記入願います。
だいとうたろう 例：大東 太郎	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 【西暦 1972 年 11 月 20 日生】	・A 健診 <input checked="" type="radio"/> 協会けんぽ被保険者番号 175 ・オプション <input checked="" type="radio"/> ① ⑨ ⑬
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
	性別 男 ・ 女 【西暦 年 月 日生】	・A 健診 ・協会けんぽ被保険者番号 ・オプション
〈受診者数合計 名〉		〈金額合計 円〉
※集計用にご活用ください。		

7名以上のお申込みの場合は恐れ入りますがコピーの上お送りいただきますようお願い致します。〈 / 枚目〉

- 各事業所より当所にて申込を受付後、日程調整・個人票作成・健診・結果報告並びに請求書作成および郵送を(医)恵生会 健診部【東大阪市鷹殿町 7-4】に全て委託します。
- 新型コロナウイルス等の流行により同事業の中止・延期・実施方法の変更等有る事、予めご了承願います。

※ご記入頂きました情報は当所及び健診委託機関における上記目的のみで使用致します。